



REGIONE MARCHE
Servizio Salute

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

**PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE SANCITO CON
INTESA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO
STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME REP. N° 2272 DEL
23/03/2005**

FIRMATO IL 4 GIUGNO 2007

**dall'Assessore alla tutela della Salute e dalle Organizzazioni Sindacali
F.I.M.M.G – Federazione Medici (S.M.I.) – Intesa Sindacale (S.I.M.E.T.)**

*(siglato a livello tecnico il 29 maggio 2007 dal Dirigente del Servizio Salute
e dalle medesime Organizzazioni Sindacali)*

INDICE

CONTENUTI DELLA NEGOZIAZIONE REGIONALE	5
DICHIARAZIONE PRELIMINARE.....	8
PARTE PRIMA IL SISTEMA DELLE CURE TERRITORIALI	12
CAPO I – PRINCIPI GENERALI.....	12
ART. 1 – GRADUATORIE REGIONALI	12
ART. 2 – COPERTURA DEGLI AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA	12
ART. 3 – COPERTURA DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE	12
ART. 4 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	13
ART. 5 – RESPONSABILITA’ CONVENZIONALI E VIOLAZIONI.....	13
ART. 6 - COMITATO AZIENDALE.....	14
ART. 7 - COMITATO REGIONALE	15
ART. 8 – DIRITTI SINDACALI.....	16
ART. 9 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO	16
CAPO II - L’ASSISTENZA PRIMARIA.....	17
ART. 10 – RAPPORTO OTTIMALE DELL’ASSISTENZA PRIMARIA.....	17
ART. 11 – SCELTA DEL MEDICO.....	17
ART. 12 – REVOCHE.....	18
ART. 13 – STAMPA INFORMATIZZATA DELLE RICETTE	18
ART. 14 – DOMICILIARITA’ E RESIDENZIALITÀ DELLE CURE.....	19
ART. 15 - ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE E SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ	21
ART. 16 – FORME ASSOCIATIVE DELL’ASSISTENZA PRIMARIA	26
ART. 17 - PERSONALE DI STUDIO	28
ART. 18 - EQUIPES TERRITORIALI	30
ART. 19 – UTAP	35
ART. 20 - ASSISTENZA AGGIUNTIVA PER L’ACCESSIBILITÀ’ E LA CONTINUITÀ DELL’INFORMAZIONE.....	35
ART. 21 – ASSISTENZA AI MILITARI E AI DETENUTI	36
ART. 22 – MAGGIORAZIONE PER LOCALITÀ’ DISAGIATE	37
ART. 23 – FONDO GENERATO ATTRAVERSO IL RECUPERO DI RISORSE EFFETTUATO MEDIANTE LA REALIZZAZIONE DI SPECIFICI PROGRAMMI DI ATTIVITA’ E LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI	37
ART. 24 – ALTRE PRESTAZIONI ED ATTIVITA’	38
ART. 25 - COMPILAZIONE DELLE SCHEDE DI TRASFERIMENTO, CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA.....	39
ART. 26 – INDENNITÀ’ PER LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI DAGLI STUDI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA	40
CAPO III - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	42
ART. 27 - CONTRIBUTO PREVIDENZIALE ENPAM CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	42
ART. 28 - FORME ASSOCIATIVE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	42
ART. 29 - COORDINATORE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	43
ART. 30 - PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE ALLE EQUIPES TERRITORIALI.....	44
ART. 31 - SUPERFESTIVITÀ’ E ZONE DISAGIATE DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE	45
ART. 32 - MASSIMALI.....	45
ART. 33 - VISITE OCCASIONALI	46
ART. 34 - SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI	46
ART. 35 - ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITÀ’	47
ART. 36 – ASSISTENZA AI TURISTI.....	48
ART. 37 - ATTIVITÀ TERRITORIALI PROGRAMMATE	49
ART. 38 – FORME AGGIUNTIVE DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE	50
ART. 39 – FONDO A RISULTATO DELLA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE.....	52

ART. 40 – INFORMATIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	53
ART. 41 – TUTELE PER INIDONEITA' E GRAVIDANZA.....	53
ART. 42 - FORMAZIONE.....	54
ART. 43 - COMPETENZE DELLE AZIENDE.....	54
CAPO IV - LA MEDICINA DEI SERVIZI.....	56
ART. 44 – PRINCIPI GENERALI.....	56
CAPO V - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	57
ART. 45 - CONTRIBUTO PREVIDENZIALE ENPAM EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	57
ART. 46 - MASSIMALE ORARIO E ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	57
ART. 47 - COMPITI DEL MEDICO - LIBERA PROFESSIONE	59
ART. 48 - TRATTAMENTO ECONOMICO E TUTELA ASSICURATIVA	60
ART. 49 – RIPOSO ANNUALE ED INQUADRAMENTO A RUOLO.....	61
PARTE SECONDA IL SISTEMA DELL'APPROPRIATEZZA	63
ART. 50 – PREMESSA.....	63
ART. 51 - GLI ORGANISMI E FUNZIONAMENTO	64
PARTE TERZA FORMAZIONE	70
ART. 52 - AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO E FACOLTATIVO. FORMAZIONE PERMANENTE	70
PARTE QUARTA IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO.....	73
ART. 53 - I FONDI.....	73
ART. 54 – COMPENSI PER SPERIMENTAZIONI GESTIONALI.....	75
ART. 55 – LA CONTRATTAZIONE AZIENDALE - ZONALE	75
ART. 56 – VERIFICHE.....	75
ART. 57 – DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO	76
NORMA TRANSITORIA 1 –	77
NORMA TRANSITORIA 2	77
NORMA TRANSITORIA 3	77
NORMA FINALE 1	78
NORMA FINALE 2	78
NORMA FINALE 3	78
NORMA FINALE 4	78
NORMA FINALE 5	79
NORMA FINALE 6	79
NORMA FINALE 7	79
NORMA FINALE 8	79
NORMA FINALE 9	79
ALLEGATO A RICETTA INFORMATIZZATA	84

ALLEGATO B PROFILO DI COMPETENZE INDIVIDUATE PER LA NOMINA DEI MEMBRI DI DIRITTO DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI	85
ALLEGATO C MODALITÀ OPERATIVE DI PRESENTAZIONE DEI PROGETTI ADI ..	86
ALLEGATO D ORDINE DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.....	87
ALLEGATO E ACQUISIZIONE DICHIARAZIONI DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.....	91
ALLEGATO E2 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (per maggiorenni e capaci) .	98
ALLEGATO E3 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (per minorenni, inabilitati ed interdetti).....	99
ALLEGATI F – PROGRAMMI DI SCREENING	100
ALLEGATO F 1 PROTOCOLLO DI INTESA RELATIVO ALLA PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE AL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA CERVICЕ UTERINA	100
ALLEGATO F 2 PROTOCOLLO DI INTESA RELATIVO ALLA PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE AL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE AL COLON-RETTO	102
ALLEGATO F 3 PROTOCOLLO DI INTESA RELATIVO ALLA PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE AL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA	105
ALLEGATO G GRADUATORIE REGIONALI	107

CONTENUTI DELLA NEGOZIAZIONE REGIONALE

(ART. 14 comma 1 - ACN 23/03/2005)

Si ritiene opportuno riportare, per memoria, il contenuto dell'Accordo Collettivo Nazionale, in materia di negoziazione regionale

1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

2. In armonia con quanto definito all'art. 4 dell'ACN, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo, e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, sono demandati alla trattativa regionale, sulla base degli indirizzi generali individuati nel presente Accordo, oltre agli specifici singoli richiami, i seguenti articoli ed Allegati ai fini della loro riorganizzazione e definizione:

Capo I : Art. 23 - Comitato aziendale

Art. 24 - Comitato Regionale;

Art. 25 - Programmazione e monitoraggio delle attività;

Art. 26 - Equipages territoriali;

Art. 27 - Appropriatelyzza delle Cure e dell'uso delle risorse;

Art. 32 - Assistenza ai turisti

Capo II Art. 34 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria;

Art. 35 - Instaurazione del rapporto convenzionale;

Art. 37 - Sostituzioni;

Art. 38 - Incarichi provvisori;

Art. 40 - Scelta del medico;

Art. 44 - Elenchi nominativi e variazioni mensili;

Art. 46 - Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza;

Art. 53 - Assistenza domiciliare programmata;

Art. 54 - Forme associative dell'assistenza primaria;

Capo III: Art. 70 - Sostituzioni ed incarichi provvisori;

Art. 71 - Organizzazione della reperibilità;

Capo IV: Art. 78 - Compiti e doveri del medico – Libera professione.

Capo V: Art. 92 - Individuazione e attribuzione degli incarichi

Art. 93 - Massimale Orario

Art. 95 - Compiti del Medico – Libera Professione

Art. 97 - Sostituzioni, Incarichi Provvisori – Reperibilità

Allegato: G - Assistenza domiciliare programmata.

Allegato: H - Assistenza domiciliare integrata.

3. Gli Accordi regionali, definiscono i compiti e le attività svolte dai medici di medicina generale:

in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;

in forma associativa complessa e integrata;

per il rispetto di livelli di spesa programmati.

4. Gli accordi regionali possono prevedere:
- A) l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, per:
 - a. interventi sanitari relativi all'età anziana, a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività;
 - b. assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali;
 - c. processi assistenziali riguardanti patologie sociali;
 - d. assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale;
 - e. sperimentazione di iniziative di telemedicina;
 - f. partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale;
 - g. prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato D), parte "A" e "B".
 - B) linee guida di priorità in merito a:
 - a. iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute nei confronti di singoli soggetti o gruppi di popolazione;
 - b. attività di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione, in particolare contro i rischi oncologici metabolici e cardiovascolari, anche mediante richiamo periodico delle persone sane.
 - C) lo svolgimento delle seguenti attività:
 - a. partecipazione a procedure di verifica della qualità;
 - b. svolgimento di attività di ricerca epidemiologica;
 - c. attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale, presidi delle Aziende ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (medico generale - specialista – servizi ospedalieri);
 - d. fornitura di flussi informativi, a fini epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.
5. Gli accordi regionali disciplinano, in via esclusiva, la sperimentazione di ulteriori forme associative oltre a quelle previste dall'articolo 54 dell'ACN, tra medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente Accordo. Tra le forme associative sperimentabili negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrate e complesse che prefigurino la presenza al proprio interno di differenti figure professionali mediche e non, con elementi di elevata integrazione dell'assistenza ambulatoriale o che realizzino livelli assistenziali, anche del tipo di ricovero residenziale e semi residenziale che possano costituire alternativa al ricovero in strutture ospedaliere.
- La sperimentazione delle forme associative è finalizzata anche ad utilizzare l'attività di altri operatori sanitari da parte dell'associazione per erogare

prestazioni ulteriori, rispetto a quelle fornite dal medico di medicina generale, in particolare:

- a. assistenza specialistica di base;
 - b. prestazioni diagnostiche;
 - c. assistenza infermieristica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;
 - d. assistenza sociale, integrata alle prestazioni sanitarie ove consentita in base alle norme regionali.
6. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lettera f, del D.l.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati.
I Livelli di Spesa Programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.
Il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato, secondo il disposto del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.
7. Gli accordi regionali disciplinano la forma, le modalità di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti, in rapporto al tipo di attività svolta dal medico convenzionato, anche in forma associata.
Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale può essere prevista la fornitura di personale, locali e attrezzature.
Anche ai fini della ristrutturazione del compenso del medico, le parti possono concordare l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sull'assegnazione a gruppi di medici di budget virtuali o reali.
8. Gli accordi regionali disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali - zonali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale.
9. Nell'ambito degli accordi regionali possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale.

DICHIARAZIONE PRELIMINARE

Con la sottoscrizione del presente Accordo Integrativo Regionale la Giunta della Regione Marche e le Segreterie Regionali dei Sindacati rappresentativi dei medici di medicina generale firmatari dell'Accordo Collettivo Nazionale sancito con intesa Stato – Regioni del 23 Marzo 2005, si danno reciprocamente atto della volontà di proseguire ed accentuare il percorso, già avviato nel settore specifico con il perfezionamento dell'Accordo Integrativo formalizzato ai sensi del DPR 270/2000, per la diffusione, sull'intero territorio regionale, di un sistema di medicina territoriale nel quale la medicina generale espleti, in termini organici, un ruolo di effettivo e primario referente del cittadino nei suoi problemi di tutela della salute ponendosi come sua interfaccia sistematica per l'intera rete dei servizi sanitari e sociali.

Ai fini di cui sopra il rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale, rappresenta al tempo stesso una opportunità di sviluppo di tale area professionale e l'occasione per rafforzare il sistema attraverso una sua maggiore integrazione con gli altri livelli di cura ed un'azione tesa a rendere più omogenea l'organizzazione della Medicina Generale con i modelli organizzativi propri delle altre aree del Servizio Sanitario Regionale.

La rilettura critica del pregresso Accordo Integrativo è finalizzata, tra l'altro, nel confermare il rilevante impegno economico già a carico del Fondo Sanitario Regionale, alla definizione di parametri e di strumenti di rilevazione oggettivi che per i diversi capitoli oggetto dell'intesa, permettano quanto più possibile, di subordinare la corresponsione, quindi, degli emolumenti previsti alla verifica e/o alla valutazione dei risultati conseguiti, attraverso un processo permeato dai seguenti principi:

- condividere e concordare i percorsi;
- individuare obiettivi specifici ed appropriati per la medicina generale,

stabilendo rispetto a ciascuno di essi:

- strumenti
- indicatori
- sistemi di verifica
- risultati attesi

e, sulla base di tali presupposti,:

- definire l'allocazione delle risorse sia in termini complessivi che disaggregati per singoli obiettivi.

Quali finalità e obiettivi specifici per la Medicina Generale vengono individuati una serie di macro-obiettivi che si pongono quali presupposto per una effettiva ed organica integrazione della Medicina Generale nel più complessivo sistema rappresentato dal Servizio Sanitario Regionale, così come ridefinito dalla Legge Regionale n. 13/03.

Alla luce di quanto sopra, il presente Accordo Integrativo Regionale deve essere inteso come permeato, attraverso l'evoluzione di modelli di erogazione

di continuità delle cure e di presa in carico che coinvolgano i professionisti nella declinazione di una nuova progettualità, dai seguenti principali macro-obiettivi:

A) Continuità

Sviluppo di un percorso unitario articolato sia sul versante temporale, delle ventiquattro ore e di sette giorni su sette, rispondente ad un criterio di estensività delle cure e basato sul rapporto tra medici dell'assistenza primaria e medici della continuità assistenziale, sia sul versante professionale riguardante altri operatori, (infermieri, medici del secondo livello delle cure, specialisti e ospedalieri) che possa assicurare una ulteriore continuità, definibile come intensiva, basata prevalentemente sulla condivisione di percorsi e profili di cura.

B) Integrazione

L'integrazione, sia dal punto di vista socio-sanitario che professionale, è obiettivo di valore prioritario per dare appropriatezza e sostenibilità a tutto il sistema e chiarire ruoli e funzioni dei professionisti attraverso l'individuazione di percorsi definiti e profili di cura condivisi. Tale processo va articolato su due livelli: Sociale e Professionale.

Sociale: Attribuzione alla Medicina Generale di un ruolo privilegiato per affrontare le problematiche sociali dei cittadini, in particolare in collegamento con i servizi sociali degli enti locali, per individuare il medico di famiglia quale "referente professionale complessivo" dei bisogni di salute, specie con riferimento a particolari situazioni sociali di svantaggio e/o fragilità.

Professionale: Il livello professionale dell'integrazione comporta la necessità di accordi locali su temi e obiettivi specifici, in particolare riferiti alla gestione della cronicità, per individuare percorsi ed operatività condivise. L'obiettivo è quello di realizzare tra la medicina di famiglia, la continuità assistenziale e la medicina specialistica ambulatoriale, una omogeneizzazione dei profili assistenziali e diagnostico-terapeutici, in grado di stabilire, anche attraverso adeguati percorsi formativi, norme comportamentali di condotta professionale suscettibili di verifica attraverso la definizione di indicatori da costruire con il coinvolgimento di tutti gli attori interessati.

C) Appropriatezza

Condizione necessaria per la realizzazione di livelli crescenti di appropriatezza nella erogazione delle prestazioni della Medicina Generale è la costruzione di un vero e proprio sistema dell'appropriatezza. Tale sistema, partendo dal livello distrettuale attraverso gli organismi del Pool di Monitoraggio, dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, dell'eventuale Osservatorio Zonale dell'Appropriatezza, avrà una proiezione funzionale verso l'Osservatorio Regionale dell'Appropriatezza (O.R.A.).

La costruzione di un tale sistema comporta la necessità di individuare ruoli e funzioni di tutti i soggetti coinvolti. Strumento indispensabile è quello di garantire, attraverso la formazione, a tutti gli operatori coinvolti un costante livello di aggiornamento e sviluppo di conoscenze e competenze. In questo

senso utile appare la scelta di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 20 dell' Accordo Collettivo Nazionale, coinvolgendo, ovviamente, tutti i protagonisti istituzionali (Università) e professionali della formazione (animatori, tutori, docenti della medicina generale).

D) Organizzazione

L'investimento sulla organizzazione del lavoro in Medicina Generale ha favorito lo svilupparsi di una realtà regionale caratterizzata da una rete organica costituita dagli studi dei Medici di Assistenza Primaria, dai presidi di Continuità Assistenziale e per la loro specificità dalle Potes del 118. Tale rete, offrendo nuove opportunità di governo dei percorsi di salute, rappresenta un valore aggiunto che si ritiene opportuno rafforzare e sviluppare, introducendo, tuttavia, elementi per una migliore focalizzazione degli obiettivi al fine di trasformare quanto costruito in questi anni, in un vero e proprio sistema delle cure territoriali, orientato allo sviluppo di obiettivi appropriati di salute che, al tempo stesso, favorisca percorsi virtuosi di verifica delle attività in una sorta di autogoverno orientato a raggiungere sempre maggiori livelli di integrazione e accordo sui percorsi di cura, profili di assistenza, e sul disease management. Si ritiene, infatti che un tale percorso produca un più appropriato uso delle risorse sia all'interno della macroarea assistenziale territoriale, che relativamente a quella ospedaliera. In tale contesto va, inoltre, ricordata l'importanza della Information Technology applicata all'attività del Medico di Medicina Generale, quale elemento strategico per rafforzare la continuità tra professionisti che consente di accedere ai dati, in particolare tra il medico di Assistenza Primaria e quello della Continuità Assistenziale, specie per alcune categorie di pazienti particolarmente fragili e complessi.

Poiché, infine, l'inserimento di nuovi medici convenzionati per l'Assistenza Primaria in territori aventi un basso numero di potenziali scelte, rappresenta una criticità sia per i professionisti che per il sistema, a causa, tra l'altro, di più difficile governabilità della spesa sanitaria, si reputa opportuna una modifica del calcolo del rapporto ottimale in relazione alle caratteristiche del territorio, tutelando comunque il diritto dell'utenza alla libera scelta del proprio Medico di Famiglia.

La continuità assistenziale nel sistema della medicina territoriale.

Nella costruzione di un sistema della medicina territoriale basato sulla continuità e sull'integrazione, il presente Accordo propone di collocare la Continuità Assistenziale nell'area delle Cure Primarie al fine di garantire l'effettiva continuità nelle 24 ore, sia nella operatività sia nell'utilizzo degli strumenti informativi.

L'emergenza sanitaria territoriale

Nella costruzione di un sistema della medicina territoriale basato sulla continuità e sull'integrazione, il presente Accordo propone di aggregare funzionalmente il sistema dell'Emergenza territoriale al Dipartimento di Emergenza-Accettazione, pur considerando l'organizzazione Potes-118 presidio territoriale indispensabile.

All'interno di tali linee di indirizzo si ritiene che i medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale vadano ricondotti, anche sul piano operativo, nell'ambito delle Strutture Dipartimentali di riferimento.

In questo senso la nuova convenzione per la Medicina generale, in coerenza con la riforma del Titolo V della Costituzione, favorisce un ulteriore sviluppo verso l'obiettivo di una organizzazione del Servizio Sanitario fondata sul territorio, in un quadro di appropriatezza, sostenibilità economica ed integrazione dei diversi livelli assistenziali.

Tutto ciò premesso e valutato,

le parti puntualizzano che l'Accordo Integrativo che segue costituisce un'intesa avente valenza unitaria, nel senso che le singole parti che lo compongono sono da ritenere tra loro inscindibili per cui non possono trovare applicazione in maniera disgiunta, sia in senso contenutistico che temporale.

PARTE PRIMA
IL SISTEMA DELLE CURE TERRITORIALI
(continuità/presa in carico/organizzazione)

CAPO I – PRINCIPI GENERALI

ART. 1 – GRADUATORIE REGIONALI
(ARTT. 15 e 16 - ACN 23/03/2005)

La Regione, per il tramite dell'ASUR, predispone le graduatorie regionali, così come disposto dall'art. 15 dell'ACN.

A partire dalla graduatoria le cui domande sono state presentate nel mese di gennaio 2006 (graduatoria regionale 2007), la stessa viene redatta per settore così come previsto nell'ALLEGATO G del presente Accordo.

ART. 2 – COPERTURA DEGLI AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(ART. 34 - ACN 23/03/2005)

1. La Regione Marche, per il tramite dell'ASUR pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'Assistenza Primaria, rilevati alle date del 1 marzo e del 1 settembre di ciascun anno, entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno, così come disposto dall'art. 34 dell'ACN. (vedere Allegato G dell'AIR)
2. La Regione, per il tramite dell'ASUR al fine di semplificare le procedure amministrative e permettere in breve tempo la copertura degli ambiti carenti in modo ottimale, provvede all'attribuzione contemporanea di tutti gli incarichi disponibili sul territorio regionale.

ART. 3 – COPERTURA DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(ART. 34 - ACN 23/03/2005)

1. La Regione Marche, per il tramite dell'ASUR pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale, rilevati alle date del 1 marzo e del 1 settembre di ciascun anno, entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, così come disposto dall'art. 63 dell'ACN. (vedere Allegato G dell'AIR)
2. La Regione, per il tramite dell'ASUR, al fine di semplificare le procedure amministrative e permettere in breve tempo la copertura degli incarichi vacanti di continuità assistenziale in modo ottimale, provvede

all'attribuzione contemporanea di tutti gli incarichi disponibili sul territorio regionale.

ART. 4 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

(ART. 92 - ACN 23/03/2005)

1. La Regione Marche, per il tramite dell'ASUR, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, rilevati alle date del 1 marzo e del 1 settembre di ciascun anno, entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, così come disposto dall'art. 92 dell'ACN. (vedere Allegato G dell'AIR)
2. La Regione, per il tramite dell'ASUR al fine di semplificare le procedure amministrative e permettere in breve tempo la copertura degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale in modo ottimale, provvede all'attribuzione contemporanea di tutti gli incarichi disponibili sul territorio regionale.

ART. 5 – RESPONSABILITA' CONVENZIONALI E VIOLAZIONI

(ART. 30 - ACN 23/03/2005)

1. I medici convenzionati per la medicina generale sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dall'ACN, dal presente Accordo e dagli Accordi aziendali - zonali.
2. Tutte le eventuali violazioni comportano l'avvio delle procedure stabilite dall'art. 30 dell'ACN, fatto salvo quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo.
3. Le Zone territoriali, anche ai sensi dell'art. 17, comma 6, dell'ACN sono tenute ad effettuare verifiche a campione in relazione all'effettivo svolgimento di tutti i compiti ai quali i medici convenzionati devono attenersi. Si fa, in particolare, riferimento agli articoli 45, 67 e 95 dell'ACN, circa la presenza negli ambulatori negli orari prestabiliti, l'effettivo e continuativo possesso dei requisiti caratterizzanti le diverse forme associative e, comunque, tutti gli altri istituti che, a fronte di impegni assunti dai medici, comportano la corresponsione di quote economiche.
4. Qualora le verifiche di cui ai commi precedenti dovessero avere riscontro negativo, le Zone Territoriali dovranno dar corso alle procedure di cui all'art. 30 dell'ACN.

Responsabilita' convenzionali e violazioni per il settore della continuita' assistenziale

5. Al fine di favorire una effettiva e stabile integrazione dei medici di Continuità Assistenziale nell'ambito della organizzazione delle singole aree territoriali, i medici di Continuità convenzionati a qualunque titolo sono tenuti ad eseguire, di norma, personalmente i rispettivi turni, nell'ambito del monte ore complessivo definito dalla lettera di incarico e comunque non inferiori a 96 ore mensili.
6. Nell'ipotesi in cui il medico, ripetutamente e senza giustificato motivo, ricorrendo al sistema delle cessioni di turno, non abbia adempiuto agli obblighi contrattuali, sarà ritenuto inadempiente e sarà sottoposto alle procedure di cui all'art. 30 dell'ACN. Sono ovviamente fatte salve tutte le cause di sospensione di cui all'art. 18 dell'ACN.

ART. 6 - COMITATO AZIENDALE

(ART. 23 - ACN 23/03/2005)

1. Nell' Azienda Sanitaria Unica Regionale, è costituito un Comitato Aziendale Permanente formato da 13 Articolazioni Territoriali, composte in pari numero da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale.
2. L'articolazione territoriale del Comitato Aziendale è costituita:
 - dal Direttore della Zona Territoriale o suo delegato, che è a ciò delegato dal Direttore dell'ASUR, con funzioni di Presidente;
 - almeno tre rappresentanti di Parte Pubblica o loro delegati, designati dal Direttore di Zona;
 - i Medici di Medicina Generale, designati dalle segreterie regionali dei Sindacati maggiormente rappresentativi ai sensi dell'art. 22 dell'ACN.
3. Il Comitato Aziendale, nelle sue singole Articolazioni Territoriali esprime pareri obbligatori in merito a:
 - a. richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 39;
 - b. motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 41, comma 3;
 - c. cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera e) e comma 3;
 - d. deroghe di cui all'art. 35, comma 12, all'obbligo di residenza;
 - e. variazione degli ambiti di scelta;
 - f. individuazione delle località disagiate.

Inoltre esprime pareri sui rapporti convenzionali di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale, Medicina dei Servizi e Attività Programmate Territoriali.

4. L'opportunità di evitare gerarchie tra le Articolazioni Territoriali fa ritenere utile prevedere la costituzione di una apposita funzione a livello di Direzione Generale ASUR cui attribuire la competenza di assolvere, nel tempo, ad un monitoraggio sulle singole Zone, anche al fine di garantire l'omogeneità degli istituti e delle azioni sull'intero territorio regionale, nonché ad elaborare gli atti di indirizzo aventi valenza aziendale su tematiche relative allo specifico comparto.
5. Le articolazioni territoriali del Comitato Aziendale, nell'ambito degli indirizzi aziendali, sono preposte alla definizione degli Accordi decentrati, ad esprimere pareri e ad espletare ogni altro incarico attribuitogli dall'Accordo Regionale o dal Direttore Generale dell'ASUR.
6. Le Zone Territoriali forniscono il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato Aziendale e alle sue Articolazioni Territoriali.

ART. 7 - COMITATO REGIONALE

(ART. 24 - ACN 23/03/2005)

1. Nella Regione Marche è costituito un Comitato Permanente Regionale, avente composizione paritaria, costituito da rappresentanti di Parte Pubblica (Regione e ASUR) e da rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative, ai sensi dell'art. 22 dell'ACN.
2. Il Comitato Permanente, presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità o da suo delegato, è preposto:
 - a. alla definizione degli Accordi Regionali;
 - b. a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme dell'Accordo Collettivo Nazionale e dell'Accordo Integrativo Regionale;
 - c. a fornire indirizzi su tematiche riguardanti la formazione e l'aggiornamento professionale aventi interesse regionale;
 - d. a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle ZT e da Medici di Medicina Generale, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.
3. L'attività del Comitato Regionale è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle articolazioni del Sistema Sanitario Regionale per l'applicazione dell'Accordo Nazionale e dell'Accordo Regionale ed è sede di osservazione circa le modalità di applicazione degli Accordi nelle diverse Aree Territoriali della Regione.
4. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato Regionale.

ART. 8 – DIRITTI SINDACALI

(ART. 21 - ACN 23/03/2005)

1. A ciascun segretario regionale o suo delegato, in ambito regionale, e a ciascun segretario provinciale o suo delegato, in ambito zonale, delle OO.SS. individuate ai sensi dell'ACN, che partecipa a comitati e commissioni regionali, aziendali o zionali, ai sensi e per gli effetti di cui all'ACN ed al presente Accordo, compete:
 - a. a livello regionale: un compenso forfetario lordo di Euro 80,00, oltre il rimborso delle spese di viaggio previsto dalle vigenti norme della pubblica amministrazione (1/5 del costo della benzina verde se il componente usa il proprio mezzo, il rimborso del prezzo del mezzo pubblico in caso contrario);
 - b. a livello zonale-aziendale: un compenso forfetario lordo di Euro 80,00, comprensivo del rimborso delle spese di viaggio.
2. L'onere economico di cui sopra è a carico della Zona Territoriale di iscrizione del medico, previa certificazione della presenza attestata.

ART. 9 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO

(ART. 31 - ACN 23/03/2005)

1. Fermo restando quanto previsto dall'ACN per la determinazione dei contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione ad eventuali scioperi di categoria, nonché per la loro distribuzione territoriale, al fine di garantire la continuità delle prestazioni, le parti concordano di far riferimento a quanto stabilito dalla Commissione di garanzia con propri provvedimenti o da eventuale altro organo competente ad essa sostituito.
2. Così come stabilito dalla DGR 869/04, in caso di sciopero le prestazioni indispensabili cui i medici di assistenza primaria sono tenuti, e cioè le visite domiciliari urgenti, l'assistenza domiciliare integrata, nonché le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali, sono forfetariamente quantificate nel 30% di 1/30 del rateo mensile della remunerazione annua, comprensivo del compenso per ADI e ADP per gli accessi effettuati nel giorno stesso dello sciopero.
Pertanto la decurtazione monetaria giornaliera per l'adesione allo sciopero è pari al 70% di 1/30 del rateo mensile della remunerazione annua.

CAPO II - L'ASSISTENZA PRIMARIA

ART. 10 – RAPPORTO OTTIMALE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

(ART. 33 - ACN 23/03/2005)

1. Gli ambiti territoriali di iscrizione del medico di medicina generale e di acquisizione delle scelte di norma coincidono con i distretti. Tuttavia, qualora gli ambiti avessero ampiezza inferiore ai distretti intercomunali, gli stessi non possono comprendere Comuni appartenenti a Distretti diversi.
2. Gli ambiti sono proposti dall'articolazione territoriale del Comitato Aziendale e dopo aver acquisito il parere della direzione aziendale (ASUR), sono sottoposti ad un provvedimento di presa d'atto della Regione, previo parere obbligatorio del Comitato Regionale per la medicina generale.
3. In ogni caso gli ambiti devono essere conformi alle eventuali indicazioni del Piano Sanitario Regionale.
4. Il medico non può utilizzare, per l'attività convenzionata, studi ubicati fuori dall'ambito territoriale di appartenenza.
5. Per ogni ambito territoriale può essere iscritto un medico ogni 1150 cittadini residenti o frazione di 1150 superiore a 575, detratta la popolazione in età pediatrica tra 0 e 14 anni. Le procedure tecniche per l'applicazione del rapporto ottimale sono quelle previste nell'Allegato B dell'ACN con la precisazione che non concorrono alla determinazione dell'ottimale i cittadini extracomunitari, in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, con scelta a tempo determinato.

ART. 11 – SCELTA DEL MEDICO

(ARTT. 40 e 45 - ACN 23/03/2005)

1. Le articolazioni territoriali del Comitato Aziendale di cui all'art. 6 del presente Accordo provvedono all'attuazione di quanto previsto dall'art. 40 dell'ACN in materia di carta dei servizi della medicina generale concertata con le Organizzazioni Sindacali di categoria maggiormente rappresentative, al fine di dare la massima trasparenza e conoscenza all'utenza di tutte le informazioni utili relative ai medici di Medicina Generale, alla loro attività, alla loro organizzazione, alla loro attività professionale, al loro curriculum e in merito ai compiti, ai diritti e doveri del medico e dei cittadini.
2. Nei locali degli studi medici dovranno essere disponibili tutte le informazioni utili ai cittadini, così come disposto dall'art. 45, comma 2 dell'ACN.

ART. 12 – REVOCHE

(ARTT. 41, 42 e 43 - ACN 23/03/2005)

1. La revoca della scelta ai sensi dell'art. 41 dell'ACN deve essere sottoscritta da tutti gli assistiti maggiorenni anche se la stessa può essere presentata da un unico componente, maggiorenne della famiglia.
2. La revoca della scelta e la contestuale nuova scelta dell'assistito residente in comunità, deve essere sottoscritta dallo stesso assistito o dall'esercente la potestà.
3. La revoca non si applica d'ufficio e l'assistito, se vuole, mantiene la scelta del medico di fiducia già operata in precedenza, sia in caso di trasferimento dell'assistito che in caso di trasferimento del medico di Assistenza Primaria in un Comune appartenente alla stessa Zona Territoriale.
4. La revoca d'ufficio non si applica nei confronti degli assistiti che svolgono il servizio civile.
5. La cancellazione del cittadino extracomunitario dall'elenco del medico di Assistenza Primaria viene ritardata di 6 mesi rispetto alla data di scadenza della scelta con eventuale recupero per le quote percepite non dovute.
6. In caso di revoca della scelta operata da parte dell'assistito residente nell'ambito di iscrizione del medico o di ricasazione da parte del medico stesso, quest'ultimo, fermo restando il rispetto delle disposizioni che tutelano la riservatezza delle informazioni personali, è tenuto a trasferire al nuovo medico scelto la scheda individuale o a redigere un riassunto della stessa dal quale possano essere ricavati i fattori di rischio, i problemi, la terapia in atto ed ogni altra informazione di carattere sanitario ritenuta necessaria per la cura del paziente.
7. In caso di trasferimento del paziente al di fuori dell'ambito territoriale di iscrizione del medico, la stessa scheda è trasferita al nuovo medico su eventuale richiesta di quest'ultimo.
8. La scheda deve pervenire al nuovo medico, tramite l'assistito contestualmente alla avvenuta nuova scelta o tramite trasferimento da medico a medico con contestuale informativa alla Zona Territoriale secondo modalità concordate.

ART. 13 – STAMPA INFORMATIZZATA DELLE RICETTE

(ALLEGATO A del presente AIR)

1. Si stabilisce che l'ASUR - Zone Territoriali provvederanno alla verifica del rispetto del limite del 70% annuale (media dei 12 mesi – dal 1/gen. al 31/dic.) della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche effettuate da ciascun medico.
2. La percentuale di stampa informatizzata deve essere rilevata periodicamente, con cadenza massima di quattro mesi.

3. L'Indennità informatica prevista all'art. 59, punto B, comma 11 dell'ACN continuerà ad essere corrisposta mensilmente.
4. Ogni anno, a consuntivo, l'ASUR (mediante le zone territoriali) verificherà il rispetto della soglia annuale del 70%: la media dei 12 mesi dovrà essere maggiore o uguale al 70% delle ricette del singolo medico spedite dalla farmacia e messe a pagamento nell'anno di riferimento.
5. Nel caso in cui la soglia del 70% non sia stata raggiunta si provvederà ad effettuare il recupero di quanto corrisposto a titolo di indennità informatica nell'anno di riferimento.
6. Anche nelle ricette prodotte mediante apparecchiature informatiche dovranno essere presenti il codice fiscale, il codice ASL e la provincia di residenza dell'assistito.
7. La percentuale di stampa delle richieste di prestazioni farmaceutiche rappresenta un indicatore per tutte le altre prescrizioni.
8. In considerazione del fatto che le ricette informatizzate vengono utilizzate anche per la richiesta delle visite e delle prestazioni specialistiche e della partecipazione della Regione Marche al progetto del MEF per l'informatizzazione del flusso dei dati, i medici sono tenuti anche per le prestazioni specialistiche, alla completa e corretta compilazione della ricetta ai sensi delle normative vigenti.
9. Le Zone Territoriali dovranno garantire le necessarie relazioni con tutti i soggetti coinvolti al fine di permettere la corretta prescrizione ed una conseguente corretta trasmissione dei dati.

ART. 14 – DOMICILIARITA' E RESIDENZIALITÀ DELLE CURE
(ART. 53 - ACN 23/03/2005)

1. I regimi assistenziali della domiciliarità e residenzialità delle cure, rappresentano una modalità di presa in carico dei cittadini, di livello distrettuale, coordinati dal Medico di Assistenza Primaria ed in accordo con le competenti strutture del Distretto con la partecipazione e/o integrazione di altre figure professionali mediche e non mediche, in particolare della Continuità Assistenziale sulla base di specifici progetti. Essi sono finalizzati a garantire livelli di cura appropriati, mantenendo il più possibile il cittadino al proprio domicilio, fornendo le prestazioni necessarie ai propri bisogni, sviluppando un percorso alternativo al ricovero ospedaliero, in particolare quando quest'ultimo non presenti un reale beneficio per la qualità della vita del cittadino, soprattutto se affetto da patologie cronicodegenerative.
2. Complessivamente si articola in tre forme di interventi:
 - a) assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili (A.D.P.);
 - b) assistenza domiciliare integrata (A.D.I.);

- c) assistenza nei confronti dei pazienti ospiti in residenze protette e collettività (A.D.R.).
3. L'erogazione dell'assistenza prevista al precedente comma 2 lettera a) è disciplinata dal protocollo allegato all'ACN sotto la lettera G.
 4. L'erogazione dell'assistenza prevista al precedente comma 2 lettera b) è disciplinata dal protocollo allegato all'ACN sotto la lettera H, dalle direttive contenute nell'atto amministrativo n. 105/96 approvato dal Consiglio regionale, e dalla Delibera di Giunta regionale n. 606/01.
 5. Tali normative individuano un modello coerente e complessivo di Assistenza Domiciliare Integrata oramai consolidato nel territorio marchigiano che ha raggiunto apprezzabili risultati. E' possibile individuare nuovi modelli di ADI in considerazione dei seguenti fattori: lo sviluppo della medicina generale, la definizione di nuovi assetti gestionali, i crescenti bisogni determinati dall'invecchiamento della popolazione che richiedono sempre di più l'applicazione di percorsi di appropriatezza unitamente allo sviluppo delle tecnologie informatiche che consentono di rafforzare i servizi di rete, la circolazione della informazione e la fruizione di servizi avanzati anche al domicilio del paziente o comunque in prossimità di esso.
 6. Le parti assumono inoltre l'impegno per lo sviluppo di una forma avanzata di assistenza domiciliare integrata prevedendo l'utilizzo delle tecnologie informatiche (ITC) e/o strumentali a supporto dei processi assistenziali per il monitoraggio di particolari patologie, che consenta la gestione di forme complesse di patologia e/o di patologia cronica anche in accordo con centri specialistici, al fine di sviluppare il più alto livello di integrazione, nel rispetto della dignità della persona e dei livelli di appropriatezza clinica e organizzativa.
 7. In considerazione di quanto sopra esposto, durante il primo anno di applicazione del presente Accordo, potranno essere individuate nuove forme avanzate di Assistenza Domiciliare che formeranno oggetto di sperimentazioni gestionali della Domiciliarità e Residenzialità delle cure. Tali progetti potranno essere attuati a seguito di appositi Accordi Aziendali - Zonali con le OO.SS. maggiormente rappresentative e dovranno prioritariamente riguardare condizioni di patologia caratterizzate da un più elevato livello di inappropriatezza documentato da eccessiva ospedalizzazione, eccessivo ricorso a prestazioni specialistiche, o altri indicatori.
 8. I progetti di cui ai punti precedenti dovranno essere valutati in prima istanza dall'UCAD di competenza approvati dal Direttore di Zona e successivamente comunicati al Comitato Regionale. Il Pool di monitoraggio di competenza avrà il compito di valutare il raggiungimento degli obiettivi e le compatibilità delle risorse impiegate inviando una documentazione di tale verifica all'ORA .

9. Tali progetti dovranno prevedere:
- a) ruolo e tipologie delle figure professionali coinvolte (con particolare riferimento al ruolo di coordinamento da parte del MMG);
 - b) livelli di innovazione rispetto ai modelli esistenti;
 - c) forme di associazione e/o funzionali di erogazione delle prestazioni (es. Equipe Territoriali);
 - d) utilizzo delle tecnologie;
 - e) obiettivi assistenziali e sistema degli indicatori;
 - f) risorse e sistemi premianti e di incentivazione individuati per il personale coinvolto.
10. L'erogazione dell'assistenza prevista al precedente comma 2 lettera c) è disciplinata dal successivo articolo del presente AIR, anche in relazione alla necessità di imprimere sviluppo e impulso alla diffusione sul territorio marchigiano di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero, già sperimentate in alcune realtà ed il cui livello di appropriatezza risulta essere più adatto alla gestione delle patologie cronico-degenerative conseguenti all'incremento dell'invecchiamento della popolazione.

ART. 15 - ASSISTENZA DOMICILIARE RESIDENZIALE E SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ
(ART. 53 - ACN 23/03/2005)

Nella Regione, il Sistema della Residenzialità rappresenta una rete di strutture nelle quali realizzare percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle patologie cronico-degenerative o delle fasi di scompenso e/o riacutizzazione di condizioni cliniche oramai definite e già precedentemente diagnosticate, associate o meno ad esigenze di tipo socio-assistenziale. Tale sistema è fortemente integrato con il Distretto di cui potenzia le risposte assistenziali in favore dei bisogni di salute dei cittadini, in particolare se anziani, oppure affetti da patologie croniche, ed è alternativo al ricovero ospedaliero in particolare nelle condizioni in cui risulti essere appropriato un regime assistenziale più attento ai bisogni di assistenza della persona.

In particolare, il sistema della residenzialità comprende un insieme funzionale di strutture quali Ospedale di Comunità, Hospice, le varie tipologie di R.S.A., Case protette, Case di riposo ecc. di cui all L.R. 20/2002, e comunque strutture dove sono prioritari gli aspetti di assistenza alla persona con la responsabilità clinica riconducibile al medico di medicina generale.

Per l'assistenza ai pazienti nel sistema della residenzialità si fa riferimento a quanto di seguito previsto:

1. Le Residenze protette, le RSA, le Collettività, le Case di Riposo che ospitano, anche se non in modo esclusivo, pazienti che si trovano nelle condizioni di cui agli allegati G ed H dell'ACN, sono funzionalmente considerate appartenenti al Sistema della Residenzialità.

2. Sono escluse le Strutture che derivano dalla trasformazione degli ospedali minori e che mantengono e/o prevedono la presenza di medici dipendenti strutturati.
3. Sono escluse le strutture che ospitano in via esclusiva soggetti che non necessitano di assistenza sanitaria.
4. Al fine di avere certezza circa le Strutture alle quali si applicano le disposizioni di cui al presente Accordo, le parti convengono che le stesse siano quelle individuate a seguito dei precedenti Accordi Integrativi Regionali, salvo nuove richieste da parte delle Zone Territoriali da valutare in seno al Comitato Regionale. Al fine di mantenere un elevato livello di continuità assistenziale si intendono confermati i medici di medicina generale operanti in tali strutture, purché iscritti nell'elenco distrettuale dei medici disponibili a fornire assistenza nelle strutture residenziali.
5. Nelle strutture di cui trattasi la responsabilità clinico-terapeutica è affidata esclusivamente al medico di medicina generale (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale nei rispettivi orari di attività) o, in caso di indisponibilità, da medici individuati con le procedure di cui alla regolamentazione dell'assistenza territoriale programmata.
6. Il medico di assistenza primaria o di assistenza territoriale programmata è individuato tra quelli iscritti negli elenchi del Distretto dei medici che si sono dichiarati disponibili a fornire assistenza nelle strutture residenziali con preferenza per quelli del Comune ove insiste la struttura.
7. In caso di apertura di una nuova Struttura Residenziale, la Direzione della medesima dovrà individuare tra i medici iscritti nel predetto elenco di Distretto quelli disponibili a fornire assistenza medica, con preferenza tra quelli operanti nel Comune e/o nell'ambito territoriale dove insiste la struttura, fermo restando il diritto dell'assistito alla libera scelta del medico curante.
8. Il medico che abbia in carico scelte nell'ambito della struttura di cui si disciplina l'assistenza con il presente articolo avrà diritto al trattamento stabilito solo nell'ipotesi in cui abbia acquisito nella stessa struttura almeno 5 (cinque) scelte.
9. Al medico di Assistenza Primaria potranno essere retribuite quote differenziate riferite a non più di 30 (trenta) assistiti, anche nel caso in cui le scelte acquisite nella struttura superino tale limite. In tal caso le scelte eccedenti non potranno essere ruscate. Le eventuali Prestazioni Aggiuntive previste nell'Allegato D dell'ACN rese ai pazienti non inseriti nella lista dei soggetti in assistenza residenziale saranno retribuiti ai sensi di quanto previsto dall'ACN.
10. I medici che hanno in carico assistiti ospiti presso una struttura ed i medici di assistenza territoriale programmata che operano presso la stessa struttura, dovranno coordinare la loro attività concordando con il Distretto e la Direzione della Struttura la loro presenza settimanale in modo che essa sia congrua alle necessità assistenziali dei rispettivi pazienti. Nel rispetto della deontologia professionale, essi svolgeranno la loro assistenza, in

favore di tutti i pazienti ospiti senza vincolo di scelta, utilizzando anche il proprio ricettario.

11. E' in ogni caso garantita la risposta alle chiamate per le visite domiciliari con le modalità previste dall'ACN.
12. Le Zone Territoriali in sede di contrattazione per la propria rete residenziale distrettuale potranno individuare per ogni singola struttura con un numero di ospiti maggiore o uguale a 40 (quaranta), uno o più medici con funzioni di coordinamento cui affidare i seguenti compiti:
 - a) indirizzare la collaborazione del personale infermieristico e di assistenza;
 - b) mantenere i rapporti tra la/le Direzione/i della/e Struttura/e e il Direttore del Distretto;
 - c) concordare le presenze dei medici nella/e struttura/e, l'eventuale realizzazione di sistemi informatizzati per l'attività prescrittiva e di monitoraggio nell'uso delle risorse;
 - d) al fine di consentire la fornitura diretta di farmaci da parte del Servizio farmaceutico, partecipare alla costruzione di un prontuario terapeutico concordato a livello zonale con la Direzione della Zona e verificarne l'uso esclusivo nelle prescrizioni all'interno della struttura da lui coordinata;
 - e) organizzare almeno due incontri annuali al fine di valutare sotto il profilo della appropriatezza attraverso i metodi di audit e peer-review, le attività clinico assistenziali ovvero attraverso l'organizzazione di sessioni formative rivolte a migliorare il servizio all'interno della struttura stessa.
13. Il coordinatore, dovrà relazionare periodicamente al direttore del Distretto in merito a tutte le attività sopra indicate. Tale incarico ha durata non inferiore ad un anno e può essere conferito con il criterio della rotazione. A livello locale per particolari esigenze può essere concordata una durata superiore.
14. Il compenso per la funzione di coordinamento è stabilito a livello zonale. Esso comunque non potrà essere superiore a Euro 1.550,00 lordi annui onnicomprensivi, e dovrà essere corrisposto previa verifica dell'attività svolta da parte del Direttore del Distretto.
15. Per ogni paziente ospite il M.M.G. compilerà una Scheda Clinica orientata per problemi, su supporto informatico se disponibile presso la struttura, sulla quale avrà cura, sotto la propria responsabilità, di annotare:
 - ogni intervento effettuato che il sanitario ritenga di dover segnalare;
 - l'esame clinico orientato per problemi;
 - l'esame obiettivo e il raccordo anamnestico orientato per problemi;
 - la terapia e le eventuali variazioni;
 - ogni richiesta rivolta alla Z.T.;
 - gli interventi e le visite specialistiche;

- gli accertamenti diagnostici e le loro risultanze;
- ogni altra considerazione clinica ritenuta necessaria dal medico stesso.

Tale scheda dovrà essere accessibile a tutti gli operatori per quanto di loro competenza che operano nella struttura ed accompagnare l'assistito in caso di ricovero ospedaliero ad integrazione dell'Allegato E dell'ACN.

16. Se richiesta dal Pool di Monitoraggio, il medico dovrà predisporre una relazione clinica da trasmettere al Direttore del Distretto. La Relazione dovrà contenere oltre ai dati anagrafici individuali, una descrizione sintetica sullo stato di salute del paziente, sugli episodi morbosi rilevati nel periodo di riferimento, sugli interventi effettuati, sulla terapia, sui ricoveri praticati, sulla efficacia dei trattamenti eseguiti da tutta la équipe sanitaria che opera nel presidio, nel rispetto delle norme vigenti sulla privacy.
17. I medici autorizzati a fornire assistenza di medicina generale presso le strutture della residenzialità, sono i medici individuati secondo quanto previsto dall'articolo 15 comma 6, del presente Accordo e regolarmente iscritti presso l'apposito elenco distrettuale, fermo restando il diritto dell'assistito alla libera scelta del medico curante.
18. I medici di medicina generale che forniscono assistenza presso le strutture del sistema della residenzialità, non possono intrattenere altro tipo di rapporto di natura assistenziale e/o di natura convenzionale presso le strutture del predetto sistema, al di fuori di quanto espressamente previsto dal presente Accordo.
19. Le Zone Territoriali possono prevedere sviluppo di Accordi a livello periferico che migliorino l'appropriatezza dell'intervento del MMG all'interno del Sistema della residenzialità.
20. Per ogni controversia interpretativa la sede competente di soluzione viene individuata nell'articolazione territoriale del Comitato Aziendale per la medicina generale, per quanto di competenza.
21. L'azienda e le OO.SS. maggiormente rappresentative ai sensi dell'art. 22 dell'ACN potranno stipulare particolari accordi per l'organizzazione delle attività nelle strutture che necessitano di un monitoraggio clinico-terapeutico più intensivo come ad esempio l'Ospedale di Comunità o l'Hospice, facendo anche riferimento a modelli già operanti nella Regione. Tali accordi dovranno prevedere:
 - obiettivi;
 - ruoli e responsabilità degli operatori;
 - modalità di accesso del medico di M.G.;
 - disponibilità al lavoro associato dei medici;
 - modalità di pagamento dei M.M.G.;
 - rapporti con U.V.D. e criteri di ammissione alla struttura;
 - modalità di accesso dei pazienti;
 - eventuali protocolli per dimissioni protette;

- criteri di appropriatezza dei ricoveri dei pazienti e lista delle patologie assistibili;
- modalità di integrazione con le strutture specialistiche e l'ospedale;
- modalità di integrazione con i servizi di emergenza e continuità assistenziale;
- modulistica prevista;
- valutazione delle risorse necessarie.

Gli accordi aziendali di cui sopra dovranno essere orientati al rispetto dei ruoli degli operatori ed in particolare prevedere la responsabilità organizzativa in capo al medico di distretto e quella clinico-terapeutica in capo al medico di medicina generale.

22. Le consulenze mediche specialistiche o le altre prestazioni agli assistiti presso le strutture appartenenti al sistema della residenzialità, comunque da attivare su specifiche esigenze dell'assistito, devono essere prescritte esclusivamente dal responsabile clinico del paziente e cioè dal medico di medicina generale dell'assistito stesso, fermo restando quanto disposto dal comma 10 del presente articolo.
23. Il monitoraggio di tale percorso viene effettuato dal Pool di Monitoraggio.

24. Trattamento economico

- Dall'entrata in vigore del presente Accordo ogni medico di Assistenza Primaria riceverà per l'assistenza erogata un compenso di Euro 8,30 per ogni settimana di assistenza resa ad ogni singolo paziente attraverso almeno due accessi mensili alla struttura, comprensivo di ogni prestazione erogata ivi comprese quelle di A.D.I. di A.D.P., di Particolare Impegno Professionale, di ogni certificazione rilasciata, di qualunque altra prestazione medica e delle prestazioni rese anche in favore di pazienti attribuiti ad altri medici.
- Il compenso è sospeso durante i periodi di ricovero ospedaliero del paziente e di assenza dello stesso dalla struttura che si protragga per più di 7 (sette) giorni.
- Ai fini del controllo del rispetto dei livelli di spesa programmati saranno individuate modalità che tengano conto del lavoro di associazione svolto in favore degli ospiti della struttura.
- Alla fine di ogni mese i medici operanti nelle strutture residenziali trasmetteranno alle Zone Territoriali per il pagamento, una lista dei pazienti in cui sono indicate per ciascuno di essi le settimane effettive di assistenza.
- Le norme del presente Accordo non si applicano ai medici che hanno all'interno della struttura un numero di pazienti non superiore a 5 (cinque) unità. Agli stessi si applicano le norme previste dall'art. 53 lett. "a" e "b" nonché dagli allegati "G" e "H" dell' ACN, con i pagamenti previsti dall'art. 59, punto C comma 2 dell'ACN.

ART. 16 – FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA
(ART. 54 - ACN 23/03/2005)

1. Allo scopo di garantire nei confronti degli assistiti una maggiore continuità assistenziale, un più stretto e diretto rapporto con il medico di medicina generale e, nel contempo, elevare il livello qualitativo dell'assistenza territoriale e domiciliare anche attraverso l'utilizzo di operatori non medici, la Regione, in riferimento all'art. 54 dell'ACN, persegue l'obiettivo della massima implementazione quantitativa e qualitativa di forme associative tra i medici convenzionati. Questo si estrinseca in una maggiore qualificazione del lavoro professionale, nella garanzia di una maggiore disponibilità della medicina generale per l'effettuazione delle visite domiciliari, nella gestione di locali, attrezzature e personale da utilizzare per l'esecuzione di prestazioni ambulatoriali e domiciliari e, di conseguenza, in più accentuato sviluppo del rapporto fiduciario con il cittadino.
2. Per tali considerazioni le percentuali previste dall'art. 59 punto B , comma 8 e 9 dell' ACN, per la medicina di rete e medicina di gruppo, vengono aperte a tutti quei medici, che nel rispetto delle norme previste dal citato articolo decidono di afferire ad una delle forme indicate, fino ad una percentuale da calcolarsi sugli assistiti complessivi della regione individuata nella rilevazione alla data del 23/03/05. Rimane inteso che è possibile partecipare ad una sola forma associativa così come disposto dall'art. 54, comma 4 lettera f) dell'ACN.
La forma associativa, medicina in associazione, non potrà comunque superare le percentuali individuate sul livello regionale alla data del 23/03/05.
Fino alla saturazione delle previste percentuali in ambito regionale, del 12% per la medicina di gruppo e del 9% per la medicina in rete, gli incentivi verranno erogati secondo quanto disposto dal predetto art. 59, punto B.
Qualora solo una delle percentuali fosse superata in ambito regionale, si darà corso a quanto disposto dall'art. 59, punto B, comma 10 (compensazione derivante dal sottoutilizzo di risorse), al fine di un corretto utilizzo del Fondo ex art. 46 ACN (rilevazione delle percentuali e valutazione alla data del 30/06/2006).
Avendo superato i predetti limiti di utilizzo, la valutazione della erogazione degli incentivi verrà analizzata dal Comitato Regionale per la Medicina Generale, tenuto conto della capienza del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza, così come descritto nel suddetto art. 59, punto B.
3. Dalla data di entrata in vigore del presente Accordo il medico o i medici che intendano accedere ad uno degli incentivi per gli standard organizzativi indicati all'art. 59, punto B dell'ACN, potranno preliminarmente inoltrare richiesta alla direzione generale dell'ASUR , e per conoscenza al Servizio Salute Regionale, al fine di ottenere risposta circa la possibilità del riconoscimento di predetto incentivo. La richiesta dovrà contenere l'impegno sottoscritto dal medico o dai medici di applicare quanto previsto dai rispettivi articoli dell'ACN. Entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda, la Direzione Generale dell'ASUR dovrà esprimere un parere circa la compatibilità finanziaria all'erogazione dell' indennità. Entro

ulteriori 30 giorni il medico o i medici dovranno produrre alla Zona Territoriale di competenza e per conoscenza al Comitato Regionale la necessaria documentazione comprovante la costituzione della forma associativa. Gli incentivi verranno erogati a far data dall'atto di costituzione della forma associativa, quando coincidente con l'effettiva attivazione della stessa.

4. I medici aderenti ad una delle forme associative previste devono appartenere allo stesso ambito territoriale di iscrizione così come definito ai sensi dell'art. 33, comma 3 dell' ACN.
5. Gli Accessi Domiciliari Programmati e quelli di Assistenza Domiciliare Integrata, nonché quelli del sistema della residenzialità, possono essere svolti secondo turni concordati dai medici che appartengono alla medesima forma associativa.
6. Attraverso la realizzazione delle Equipe Territoriali, ai medici, aderenti alle diverse forme associative, può essere affidata la gestione dell'assistenza domiciliare e residenziale, anche avvalendosi della collaborazione di figure professionali e tecniche non mediche: infermieri professionali, fisioterapisti e assistenti sociali, nonché utilizzando forme avanzate che comprendono l'uso delle tecnologie informatiche (ITC). Nel loro operato, tali figure agiscono comunque sotto la responsabilità del medico di scelta dell'assistito ai sensi del C.C. art. 2232 e con oneri a suo carico, nel caso di assunzione del medico di assistenza primaria o della forma associativa della quale il medico fa parte.
7. Soprattutto in caso di località particolarmente disagiate, la sede unica ove deve svolgersi la medicina di gruppo può essere direttamente fornita dalla Zona Territoriale o da altro Ente Locale o Pubblico, disponibile alla realizzazione di progetti per il miglioramento dell'assistenza territoriale. Tali progetti definibili come "CASE della SALUTE", che potranno prevedere interventi anche in ambito socio-sanitario, dovranno essere appositamente individuati e concordati con il Comitato Regionale per la medicina generale, in accordo con gli Enti interessati (Comune, Comunità Montana, ecc.) e Distretto. Tali progetti dovranno essere coerenti con quanto indicato dalla progettazione ministeriale.
8. I compensi per quanto sopra potranno prevedere anche la fornitura di servizi in riduzione delle spese di gestione dello studio professionale medico.
9. Fatto salvo quanto previsto per le forme associative nelle località dichiarate disagiate o disagiatissime, come da comma successivo, allo scopo di garantire la libera scelta da parte degli assistibili, possono far parte dell'associazione non meno di tre medici di M.G. e non più della metà dei medici iscritti nell'ambito territoriale di appartenenza.
10. Nelle località dichiarate disagiate o disagiatissime, al fine di favorire l'adesione alla forma associativa di cui all'art. 54, comma 9 dell'ACN (medicina di gruppo) è consentita anche l'associazione tra due soli medici, con motivata deroga del Comitato Regionale.

11. Nelle località dichiarate disagiate o disagiatissime qualora venga attivata una medicina di gruppo, anche finalizzata ad erogare assistenza secondo le modalità previste dal progetto della "CASA della SALUTE", la disponibilità all'accesso nella sede di medicina di gruppo per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, può essere garantita anche attraverso una ripartizione oraria interna tra i medici che costituiscono la forma associativa, qualora i suddetti sanitari siano impegnati a fornire assistenza in studi professionali dislocati sul territorio (frazioni, località, ecc.).
12. In deroga a quanto disposto dall'art. 54 comma 9 lettera h) dell'ACN è consentita la partecipazione ad una medicina di gruppo di un numero non superiore a 10 (dieci) medici.

ART. 17 - PERSONALE DI STUDIO

(ART. 59 - ACN 23/03/2005)

1. Riconfermando quanto previsto al comma 1 dell'articolo precedente, la Regione persegue l'obiettivo della massima implementazione quantitativa e qualitativa dell'utilizzo della risorsa "personale di studio" di cui all'art. 59 dell'ACN.
2. Ai fini della corresponsione delle indennità di collaboratore di studio medico e di personale infermieristico le percentuali di riferimento previste dall'art. 59, punto B, comma 6 e 7 dell'ACN, rispettivamente 40% per il Collaboratore di Studio e 8% per l'Infermiere Professionale sono innalzate sino alla totale copertura degli assistiti in ambito regionale compatibilmente con le risorse del fondo. Fino alla saturazione delle previste percentuali in ambito regionale gli incentivi verranno erogati secondo quanto disposto dal predetto art. 59, punto B, comma 6 e 7. Qualora solo una delle percentuali fosse superata in ambito regionale, si applica quanto disposto dall'art. 59, punto B, comma 10 (compensazione derivante dal sottoutilizzo di risorse), al fine di un corretto utilizzo del Fondo ex art. 46 dell'ACN. In ogni altro caso, avendo superato i predetti limiti di utilizzo, la valutazione della erogazione degli incentivi, al fine di assicurare la compatibilità con le risorse disponibili nel fondo a riparto per la qualità dell'assistenza, verrà analizzata dal Comitato Regionale per la Medicina Generale.
3. Al medico di Assistenza Primaria, sia che eserciti l'attività in forma singola che in forma associata, al fine dell'erogazione dell'indennità prevista dall'art. 59, punto B, comma 6 dell'ACN, il personale di studio utilizzato dallo stesso deve effettuare un numero di ore settimanali almeno pari a n° 3 (tre) ore ogni 500 assistiti in carico, proporzionalmente incrementate secondo il numero degli assistiti eccedenti i primi 500.
Fa fede la copia autenticata del nulla osta rilasciato dall'Ufficio di collocamento o del libretto di lavoro o del libro matricola o del libro paga o di altra idonea documentazione dalla quale risulti: la data di assunzione, il

livello retributivo nonché le ore di lavoro settimanale che, comunque, non potranno essere inferiori a quanto sopra indicato.

4. Al medico di Assistenza Primaria, sia che eserciti l'attività in forma singola che in forma associata, al fine dell'erogazione dell'indennità prevista dall'art. 59, punto B, comma 7 dell'ACN, il personale infermieristico utilizzato dallo stesso deve effettuare un numero di ore settimanali almeno pari a n° 3 (tre) ore ogni 500 assistiti in carico, proporzionalmente incrementate secondo il numero degli assistiti eccedenti i primi 500.

L'infermiere dipendente di un medico di Medicina Generale può accedere ai canali di distribuzione pubblici dei presidi, attraverso l'espletamento, pertanto, di una funzione assimilata all'infermiere dell'ADI. Tale possibilità sarà sottoposta a specifico regolamento ASUR. L'infermiere può praticare la propria opera a favore degli assistiti del medico, su incarico e sotto la responsabilità personale di quest'ultimo, che potrà notularla secondo quanto disposto dall'allegato D dell'ACN.

Le modalità di distribuzione del materiale sanitario e le relative quantità saranno autorizzate dal Direttore del Distretto o suo delegato previo accordo con il Medico di assistenza primaria titolare delle scelte.

5. Ai medici di assistenza primaria che utilizzano il personale di cui ai commi precedenti, definibile come "formato", cioè con specifica formazione acquisita con la frequenza di un corso organizzato a livello regionale tramite il Fondo Sociale Europeo o FONDOPROFESSIONI aventi come Enti Proponenti le organizzazioni sindacali dei Medici di Medicina Generale maggiormente rappresentative ai sensi dell'art. 22 dell'ACN, è corrisposta una maggiorazione annua nella misura di Euro 0,50 sulla indennità capitaria prevista dall'art. 59, punto B, comma 6 dell'ACN. Il personale di studio, vista la sua specifica funzione di interfaccia tra il medico e i suoi assistiti, potrà essere incaricato di compiti di natura socio-sanitaria.

6. Il medico o i medici che intendano afferire ad una delle indennità sopra indicate dovranno preliminarmente inoltrare richiesta alla Direzione Generale dell'ASUR al fine di ottenere risposta circa la possibilità del riconoscimento economico. La richiesta dovrà contenere l'impegno sottoscritto dal medico o dai medici di applicare quanto previsto dai rispettivi articoli dell'ACN. Entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda la Direzione Generale dell'ASUR dovrà esprimere un parere circa l'ammissibilità al percepimento delle indennità. Entro ulteriori 30 giorni il medico o i medici dovranno produrre alla Zona Territoriale di competenza e per conoscenza al Comitato Regionale la necessaria documentazione comprovante l'assunzione del collaboratore e/o dell'infermiere secondo quanto previsto dagli articoli dell'ACN. Si farà ricorso a tale procedura quando a livello regionale sia stato accertato il superamento delle predette percentuali ed esaurite le compensazioni del Fondo ex art. 46 dell'ACN per le risorse sottoutilizzate.

ART. 18 - EQUIPES TERRITORIALI

(ART. 26 - ACN 23/03/2005)

1. L'istituzione delle Equipes Territoriali (ET) ai sensi dell' art. 26 dell'ACN, è volta a sviluppare forme ad elevato contenuto di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro.

I fini dell'E.T. sono:

- l'ottimizzazione della continuità dell'assistenza,
- la presa in carico del paziente
- il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali definiti da un proprio programma di lavoro.

Fanno parte dell'ET, fatto salvo quanto previsto dall'art. 56 dell'ACN, le figure professionali deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni:

- a) l'assistenza primaria;
- b) la continuità assistenziale;
- c) la pediatria di libera scelta;
- d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) la medicina dei servizi;
- f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Inoltre, potrà essere coinvolta anche l'Emergenza Sanitaria.

2. L'Equipe Territoriale è un organismo operativo funzionale, opera in un'area geografica infradistrettuale, (individuata dal Direttore di Distretto, di concerto con l'UCAD, formalizzata dal Direttore di Zona) e rappresenta:

- uno strumento attuativo della programmazione sanitaria regionale;
- un momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale (per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza).

3. L'intervento coordinato e integrato della Equipe Territoriale assume particolare rilievo nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria richieste da svariate condizioni e patologie, quali:

- a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
- b) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- c) tutela dei disabili e anziani;
- d) patologie in fase terminale;

- e) patologie da HIV;
 - f) tutela della salute mentale;
 - g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative
4. L'attività interdisciplinare e integrata dell'Equipe Territoriale può realizzarsi, ove necessario ed utile, mediante la produzione di valutazioni multidimensionali con risposte adeguate ed appropriate per le diverse condizioni di bisogno.
5. L'attività dell'Equipe Territoriale si concretizza attraverso la predisposizione di un Programma di Lavoro Annuale che viene definito all'interno del Programma delle Attività Distrettuali (PAD), in accordo con l'UCAD, sentite le articolazioni territoriali del Comitato Aziendale, e riguarda attività assistenziali condivise, pur nell'ambito delle specifiche competenze, sia con i medici ospedalieri, sia con le strutture extra-ospedaliere (per assicurare continuità e presa in carico del paziente).

Il Piano di Lavoro Annuale deve indicare:

- a) i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse, i criteri di determinazione dei compensi relativi alle attività svolte dai medici partecipanti;
 - b) i tempi delle verifiche periodiche sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti e, in presenza di eventuali problemi operativi, la possibilità di operare modifiche in fase di esecuzione;
 - c) le risorse finanziarie e non, ritenute necessarie per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali individuati;
 - d) lo sviluppo di tecnologie, comprese quelle informatiche e di telemedicina, volte a migliorare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
 - e) le modalità di integrazione e utilizzo del fondo di cui all'art. 23 e 26 (livelli programmati di spesa) del presente Accordo.
7. Al fine di raggiungere gli obiettivi complessivi delle Equipes Territoriali, così come indicato nell'art. 26 dell'ACN e dal presente Accordo ed in particolare l'integrazione tra professionisti, la continuità dell'assistenza ed una più completa presa in carico, a puro titolo esemplificativo, il programma di lavoro annuale potrà riguardare le seguenti aree di applicazione:
- a) area della formazione: attraverso la realizzazione, la condivisione e l'applicazione di criteri orientativi diagnostico-terapeutici, linee guida, percorsi e profili diagnostico-terapeutici secondo un criterio di integrazione tra professionisti e tra vari livelli di cura (ospedale, pronto soccorso, specialisti ecc.). Prima dell'implementazione sulla pratica professionale detto materiale dovrà essere autorizzato dalla direzione generale ASUR, sentito il parere dell'ORA;

- b) area della continuità: attraverso la realizzazione di modalità assistenziali che prevedono il collegamento funzionale e paritario tra Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale, prioritariamente e le altre figure di cui al comma 1 del presente articolo;
- c) area informatica: attraverso la realizzazione di modelli gestionali di continuità del dato mediante reti telematiche che consentano lo scambio di informazioni dei pazienti;
- d) area professionale: attraverso la costituzione di ambulatori di patologia.

8. I requisiti minimi necessari per la costituzione delle E.T. sono rappresentati da:

- a) individuazione tra i componenti di un Medico di Medicina Generale Coordinatore con funzione di raccordo all'interno della E.T. e con il distretto;
- b) individuazione e partecipazione di un referente della Continuità Assistenziale, di cui all'art. 29 del presente AIR;
- c) eventuale individuazione di un referente per l'attività di assistenza domiciliare e residenziale;
- d) eventuale Individuazione di un referente per l'informatizzazione e lo sviluppo tecnologico con funzioni di raccordo nell'ambito di programmi e progetti aziendali integrati compresa nuove modalità di erogazione della continuità dell'assistenza anche attraverso l'uso della Information Communication Technology;
- e) la condivisione dei fattori produttivi comuni (sistemi informatizzati, tecnologia di studio ecc.);
- f) l'elaborazione di un Programma di Lavoro Annuale compatibile con il programma delle attività distrettuali di riferimento;
- g) la presenza di un Regolamento di funzionamento interno che definisca l'eventuale modalità di utilizzo del personale, con particolare riguardo agli aspetti relazionali finalizzati ad ottimizzare la integrazione e la disposizione collaborativa fra le differenti professionalità.

9. Possono far parte della progettazione dell'ET, ambulatori per patologia, volti alla realizzazione di modelli di medicina di iniziativa nei confronti di patologie croniche o loro complicanze (diabete, bpc, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, obesità....). In questo caso le Equipos Territoriali richiederanno al Direttore del Distretto l'attivazione di progetti di ambulatori per patologia, fino ad un massimo di 2 (due), articolati in uno o più studi. L'ambulatorio per patologia deve essere articolato in PDT che prevedono l'implementazione di linee guida, di livello nazionale, condivise tra le figure

professionali interessate, con il consenso della Direzione Generale, sentita l'articolazione territoriale del Comitato Aziendale della medicina generale con conseguente comunicazione all'ORA. Tali attività potranno comportare l'erogazione delle prestazioni anche in maniera integrata con gli specialisti (ambulatoriali e ospedalieri) secondo criteri di continuità intensiva. Per le attività di specifica competenza attinenti alle funzioni più propriamente assistenziali inoltre, l'erogazione potrà essere effettuata anche da personale infermieristico

10. Nella organizzazione dell'ambulatorio per patologia devono essere indicati:
 - orario dedicato con possibilità di sostituzione tra i medici di medicina generale adeguatamente formati
 - modalità di svolgimento (prenotazione e calendarizzazione attiva di registri di patologia)
 - sistemi di scambio informativo tra livelli assistenziali
 - sistemi di raccolta dati per consentire adeguato feed-back dell'attività svolta e delle eventuali modifiche migliorative del modello assistenziale. A questo proposito sarà predisposto un riepilogo semestrale, da parte del coordinatore, ai componenti dell'E.T., al direttore di distretto e all'UCAD
 - programmi di prevenzione ed educazione sanitaria e distribuzione di eventuale materiale informativo.

11. Per le attività previste dalle Equipes Territoriali, le Zone Territoriali potranno conferire i fattori produttivi necessari alla realizzazione del Programma di Lavoro Annuale sotto forma di incentivi, monetari e non, preventivamente concordati all'interno dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

12. La valutazione verrà effettuata al dodicesimo mese dall'inizio dell'attività sperimentale, all'interno del Pool di Monitoraggio di cui all'art. 44 del presente Accordo, sulla base di indicazioni contenute in uno schema generale predisposto dall'ORA. In assenza di tale indicazione, il Direttore di Distretto congiuntamente al Pool di monitoraggio dichiarerà preventivamente le modalità di effettuazione della valutazione.
Il Pool di monitoraggio invierà tale valutazione all'ORA stesso che annualmente, al fine di consentire l'espressione di una valutazione in merito alle attività oggetto di sperimentazione e al raggiungimento degli obiettivi assistenziali previsti, predisporrà un rapporto da inviare al Comitato Regionale per la Medicina Generale.

13. Il Regolamento interno di ciascuna Equipe Territoriale deve prevedere la esecuzione, tra tutti i M.M.G. partecipanti, di riunioni di verifica degli obiettivi raggiunti, discussioni sui contenuti dei reports di attività trasmesse alla Zona Territoriale e valutazione dei PDT e delle linee guida di riferimento.
Il programma di attività annuale dovrà prevedere non meno di 3 incontri. A tali incontri potrà partecipare il Direttore di Distretto o suo Delegato.

14. Il Regolamento dovrà prevedere inoltre le modalità di integrazione delle attività previste dal comma precedente con le attività simili previste tra i compiti dell'associazionismo medico di cui all'art 54 dell'ACN, nonché le modalità di monitoraggio e relativi indicatori sull'attività.
15. Tutti i medici operanti nel sub-ambito in cui è attivata l'Equipe Territoriale sono tenuti all'adesione all'E.T. ai sensi dell'art. 45 e 67 dell'ACN. L'attività della E.T. è rappresentata dalla realizzazione degli obiettivi di governo clinico attraverso l'attuazione del Programma di Lavoro Annuale, nel quale andranno esplicitamente richiamati i suddetti obiettivi.
16. Al fine di coordinare le attività delle E.T. con il Piano delle Attività distrettuali (PAD), i medici referenti dell'Equipes Territoriali vengono invitati a partecipare all'UCAD.
17. Al medico aderente all'Equipe Territoriale, per le attività svolte per la elaborazione del Programma di Lavoro Annuale, viene corrisposta una remunerazione di Euro 1,50 annuo per assistito, mensilmente in dodicesimi. L'incentivo economico previsto nel presente comma verrà erogato a far data dal 01-06-2007.
Dal 01-01-2008 la quota di cui sopra è di Euro 1,79.
18. Le quote di remunerazione dei medici non intervenuti nella fase di elaborazione del Programma di Lavoro Annuale per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico saranno a disposizione degli altri medici partecipanti alle attività, secondo un meccanismo di incentivi/disincentivi individuato dall'organismo di cui all'art. 44, lettera B (Pool di Monitoraggio) del presente Accordo.
19. A seconda del grado di complessità del programma delle attività, del numero dei soggetti coinvolti e degli obiettivi individuati, il Comitato regionale definirà l'entità delle indennità che le Zone Territoriali potranno riconoscere ai Medici Coordinatori e ai Medici Referenti di ciascuna Equipe Territoriale.
20. Le risorse necessarie al finanziamento delle indennità di cui al precedente comma potranno essere imputate al Fondo costituito dagli assegni individuali resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli medici (dell'art. 59, punto A dell'ACN), compatibilmente con la capienza dello stesso.

21. All'interno del programma di lavoro dall'E.T. dovrà essere funzionalmente coordinata l'assistenza aggiuntiva per l'accessibilità anche con riferimento all'istituto di cui all'art. 20 del presente Accordo in modo da garantire, attraverso una omogeneizzazione ed una integrazione degli orari di accessibilità, una maggiore fruibilità del servizio.

ART. 19 – UTAP

(ART. 26 - ACN 23/03/2005)

1. In coerenza con l'intesa Stato - Regioni del 29 luglio 2004, le Regioni prevedono, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di Assistenza Primaria (UTAP), strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.
2. E' demandata ad una Commissione paritetica da costituire entro 60 giorni dalla entrata in vigore del presente Accordo, la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione delle UTAP. Nella costituzione delle UTAP saranno privilegiati i soggetti già coinvolti nella sperimentazione delle E.T.

ART. 20 - ASSISTENZA AGGIUNTIVA PER L'ACCESSIBILITÀ' E LA CONTINUITÀ DELL'INFORMAZIONE.

(ARTT. 26 e 47 - ACN 23/03/2005)

1. Nell'ambito delle E.T., al fine di migliorare la disponibilità nel settore dell'Assistenza Primaria, viene individuata una forma di assistenza aggiuntiva per l'accessibilità nella quale vengono confermati tutti i medici che avevano aderito all'istituto previsto dall'art. 25 del precedente AIR (DGR 1536/03).
2. Tale forma aggiuntiva deve garantire:
 - a) disponibilità telefonica di sette ore giornaliere nei giorni feriali, escluso il sabato e prefestivi, comprensive degli orari di studio;
 - b) chiusura di uno degli studi medici (se in forma associata) o dello studio (se in forma singola) non prima delle ore 19 dei giorni feriali escluso il sabato e prefestivi anche ove non previsto dalle norme dell'ACN;
 - c) apertura di due ore di uno studio medico (se in forma associata) o dello studio (se in forma singola) il sabato mattina per l'erogazione dell'assistenza ambulatoriale oltre le visite domiciliari previste dall'art. 47 dell'ACN.
3. Ai medici che aderiscono in forma associata o singola, alla forma di assistenza aggiuntiva per l'accessibilità, viene riconosciuta una quota di Euro 6,00 annua per assistito, erogata mensilmente in dodicesimi.

4. I medici identificano nell'ambito della loro forma associativa o dell'E.T. idonee modalità per dare adeguate risposte assistenziali ai propri pazienti per l'erogazione della forma aggiuntiva di assistenza relativamente all'apertura dello studio medico il sabato mattina.
5. Le prestazioni di cui al comma 2 lett. a), b), c), del presente articolo sono attuate previa comunicazione all'ASUR – Zona Territoriale di competenza per l'opportuna presa d'atto finalizzata al coordinamento con le altre attività, salva la possibilità da parte della Zona stessa di verificare in qualsiasi momento l'aderenza all'impegno.
6. Ciascun medico è tenuto a dare adeguata e verificabile informazione ai propri assistiti della propria disponibilità. A livello aziendale/zonale devono essere concordate adeguate forme di informazione all'utenza e di pubblicizzazione della forma di assistenza aggiuntiva di cui al presente articolo.
7. L'adesione a tale istituto è tacitamente rinnovata dove non esplicitamente revocata.
8. Con gli stessi parametri dell'art. 25 del precedente AIR (DGR 1536/03) é garantita la copertura economica dell'istituto previsto nel presente articolo per gli anni di validità del presente Accordo.
9. In sede di definizione del Programma di attività dell'Equipe Territoriale si dovrà tenere conto della disponibilità aggiuntiva per l'accessibilità dei medici e provvedere al coordinamento degli istituti del presente articolo con gli istituti e gli obiettivi dell'E.T.
10. Accordi Aziendali-Zonali, sempre per migliorare la presa in carico dei cittadini attraverso modelli professionali condivisi che favoriscano e sviluppino le opportunità di integrazione con gli altri operatori sanitari, potranno prevedere e regolamentare i contenuti e le modalità dello scambio dei dati informatici al fine di realizzare una continuità dell'informazione.
11. Alla base del collegamento telematico per la continuità dell'informazione vi è una dichiarazione di disponibilità da parte del medico di Assistenza Primaria ad utilizzare strumenti informatici in grado di consentire una connessione con le diverse articolazioni ospedaliere e territoriali (ASUR, Zone, Distretti, Poliambulatori...) con trasmissione, scambio dati e informazioni sanitarie riguardanti i propri assistiti. Le figure professionali privilegiate sono i medici di Assistenza Primaria, i medici di Continuità Assistenziale, i sanitari di Pronto Soccorso e dei Servizi di Emergenza.

ART. 21 – ASSISTENZA AI MILITARI E AI DETENUTI (ARTT. 42 e 57 - ACN 23/03/2005)

Le prestazioni di Assistenza Primaria erogate presso la Zona Territoriale di residenza ai militari e ai detenuti temporaneamente sospesi dagli elenchi ai sensi dell'art. 42 dell'ACN, prevede il pagamento delle tariffe per le visite occasionali stabilite nell'art. 57 dell'ACN.

ART. 22 – MAGGIORAZIONE PER LOCALITA' DISAGIATE

(ART. 59, punto D, comma 2 - ACN 23/03/2005)

Per quei medici che operano in località montane non urbane, a popolazione sparsa, con viabilità disagiata, soggette ad innevamento nella stagione invernale, con distanze non brevi dai servizi essenziali (scuole, ospedali, ecc.) è fissato, a far data dalla entrata in vigore del presente Accordo, ed in continuità con i precedenti, un compenso aggiuntivo corrispondente a Euro 2,20 annuo per assistito, erogato mensilmente in dodicesimi.

Per l'individuazione delle località disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa si fa riferimento alla D.G.R. n° 668 del 22/03/1999, fatto salvo eventuali successive modifiche proposte dalla ASUR/Zone Territoriali sulle quali il Comitato Regionale per la Medicina Generale esprime il proprio parere.

ART. 23 – FONDO GENERATO ATTRAVERSO IL RECUPERO DI RISORSE EFFETTUATO MEDIANTE LA REALIZZAZIONE DI SPECIFICI PROGRAMMI DI ATTIVITA' E LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI

(ART. 14 comma 3 lettera c), comma 6; ART. 45 comma 2 lettera o), comma 4 lettera d) - ACN 23/03/2005)

1. I livelli di spesa programmati sono obiettivi economici di riferimento, finalizzati a perseguire l'appropriatezza dell'uso delle risorse disponibili nell'ambito di programmi di attività, aziendali e/o distrettuali, basati su progetti clinici e gestionali condivisi e concordati a livello dell'articolazione territoriale del Comitato Aziendale.
2. Le parti ritengono che il rispetto dei livelli di spesa programmati non debba in alcun modo comportare uno scadimento dell'assistenza necessaria per ciascun assistito per cui le risorse destinate a ciascun livello assistenziale debbano costituire un "budget etico" in quanto commisurato ai bisogni e finalizzato alla riduzione degli sprechi (intesi come il costo della non qualità di assistenza), al tempo stesso " formativo" in quanto identifica nella formazione alla qualità ed alla appropriatezza l'unico ed insostituibile percorso che dia allo strumento budget etico la possibilità di raggiungere l'obiettivo intermedio dei livelli di spesa programmati.
3. Ne consegue che nell'ambito della definizione ed applicazione dei progetti per lo sviluppo della appropriatezza delle prestazioni e della spesa devono essere individuati processi formativi diretti ai medici e percorsi informativi di educazione sanitaria della popolazione assistita.
4. A livello Aziendale possono essere definiti accordi concernenti il rispetto dei livelli di spesa programmati da parte dei medici di medicina generale che operano in forma associata o singola.

5. Nella identificazione dell'oggetto dei livelli di spesa programmati, l'ASUR – Zona Territoriale dovrà tenere conto, oltre che di specifici problemi locali, anche delle eventuali indicazioni in ordine ai tetti di spesa e di attività che la Regione stabilisce in sede di definizione annuale degli obiettivi che le Zone dovranno perseguire.
6. In linea di massima, le Zone Territoriali dovranno prevedere almeno livelli di spesa relativi alla farmaceutica convenzionata, per i quali tutte le Zone sono in grado di monitorare l'andamento attraverso il sistema informativo. Nelle Zone ove esistesse la possibilità di monitoraggio anche di altri livelli assistenziali, quali la specialistica ambulatoriale, gli accordi potranno contemplare anche tali ambiti.
7. Gli accordi, nella loro declinazione analitica, dovranno tenere conto dei seguenti elementi:
 - della spesa storica corrispondente;
 - dell'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento, con particolare riguardo alla pesatura degli assistiti sulla base dei criteri utilizzati in sede regionale per il riparto del Fondo Sanitario Regionale;
 - dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;
 - della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto con particolare riferimento al finanziamento dei costi per l'impostazione ed adesione ai processi formativi;
 - di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;
 - della distinzione delle spese direttamente indotte da medici di medicina generale e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;
 - dell'effetto derivante da incrementi di costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci, introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);
 - di ulteriori elementi eventualmente stabiliti in sede aziendale.
8. Gli obiettivi di spesa finali ed intermedi dovranno essere correlati a specifici indicatori numerici, possibilmente validati dall'O.R.A. tenendo conto della reale capacità di monitoraggio da parte del sistema informativo.
9. Ai fini del finanziamento dei progetti, le Zone Territoriali provvederanno a costituire annualmente a consuntivo, uno specifico fondo derivante dalle economie ottenute sui livelli assistenziali, a legislazione costante.
10. I progetti dovranno prevedere adeguati meccanismi di verifica dei differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati, anche attraverso verifica tra pari e revisione di qualità.

ART. 24 – ALTRE PRESTAZIONI ED ATTIVITA'

1. Ai medici di medicina generale che svolgono la funzione di medico tutore nell'ambito del corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 368/99 e successive modifiche e integrazioni, è corrisposto un compenso forfetario di Euro 215,00 per ciascun mese nel quale il medico tirocinante è in formazione presso lo studio del tutore.
2. Al fine di favorire la massima efficacia formativa in un rapporto 1/1, il medico tutore garantirà la formazione ad un solo medico tirocinante a qualsiasi titolo. Il tutoraggio contestuale di più di un medico è ammesso solo limitatamente a brevi periodi ed in casi straordinari e motivati.
3. Nell'ambito del corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 368/99 e successive modifiche e integrazioni, viene organizzata e svolta un'attività seminariale regionale interdisciplinare di approfondimento/confronto rivolta a tutti i medici in formazione nella Regione Marche.
4. In attesa delle disposizioni ministeriali sull'organizzazione dei corsi previste dall'art. 26 del D.Lgs 368/99 e successive modifiche e integrazioni, il relativo programma sarà redatto sulla base delle esperienze maturate nelle precedenti edizioni. Come nelle precedenti edizioni, per gli interventi formativi che prevedono la partecipazione di più relatori verrà individuato un coordinatore dell'intervento stesso.
5. Per i compensi spettanti ai relatori e ai coordinatori si fa riferimento a quanto stabilito dalla Giunta Regionale con delibera 1602 del 03/09/2002 in relazione all'attività seminariale regionale svolta nell'ambito del precedente corso 2001/2003, ovvero:

“ai relatori e ai relatori/coordinatori viene corrisposto, per la loro partecipazione a ciascun seminario, un compenso forfetario omnicomprensivo rispettivamente pari a Euro 105,00 ed Euro 155,00. I suddetti compensi vanno maggiorati dell'IVA, se ed in quanto dovuta, per i soggetti titolari di partita IVA e decurtati delle relative ritenute fiscali e previdenziali se trattasi di dipendenti pubblici e/o privati.”
6. In analogia con quanto previsto dalla DGR 780 del 10/04/2001 per gli interventi formativi realizzati dalla Scuola di Formazione per il Personale Regionale, per ogni giornata formativa sarà individuato un dipendente regionale quale tutor d'aula. Allo stesso spetterà un compenso forfetario pari a Euro 50,00 per ciascuna giornata formativa.

**ART. 25 - COMPILAZIONE DELLE SCHEDE DI TRASFERIMENTO,
CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA
NON AGONISTICA**

1. Per la compilazione delle schede di trasferimento dell'assistito ad altro medico dello stesso ambito territoriale e per la compilazione gratuita dei certificati per la pratica sportiva non agonistica sia in favore dei cittadini di età superiore ad anni 60, che per quelli di età inferiore ad anni 18, è dovuto

a ciascun medico di Assistenza Primaria un compenso di Euro 0,78 annuo per assistito, erogato mensilmente in dodicesimi.

2. La certificazione di idoneità per la pratica di attività sportive non agonistiche nella Regione Marche deve essere effettuata esclusivamente dal medico di Assistenza Primaria dell'assistito.
3. A decorrere dal 01-06-2007 il compenso di cui al precedente comma 1 sarà di Euro 0,99 e verranno ricompresi tra i compiti del medico l'acquisizione del consenso informato per il Sistema Sanitario Regionale, il rilascio della certificazione per l'esenzione per patologia ed il rilascio della certificazione dello stato di necessità all'utilizzo di presidi (materasso/cuscino/vello antidecubito, sponde di contenimento, ausili per la deambulazione assistita, pannoloni ...)
4. Pertanto, la certificazione per l'individuazione delle patologie esenti dalla partecipazione alla spesa, di cui al D.L. 329/99 e successive modifiche ed integrazioni ed alla DGR 2817/99, nonché alla circolare Ministero Salute n. 13/01, oltre che dalle strutture ad esse deputate, potrà anche essere rilasciata per il proprio assistito dal medico di Assistenza Primaria. Ciò potrà avvenire limitatamente alle seguenti patologie:
cod. 002-013-031-048-049-050-052-053. Tale elenco dovrà essere sottoposto a verifica sia in relazione all'attività svolta dai medici di Assistenza Primaria, sia alla quantificazione della riduzione dei costi in prestazioni specialistiche.
5. L'art. 45, comma 4 lettera c) dell'ACN individua tra i compiti del medico di Assistenza Primaria "l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali ... promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende..." con un compenso di Euro 6,16 per prestazione eseguita.
Si ricorda che il Piano Sanitario Nazionale si è posto come obiettivo il raggiungimento della copertura vaccinale antinfluenzale del 75% della popolazione di età pari e superiore a 65 anni, e che la Regione Marche ha ribadito tale obiettivo nella DGR n.888 del 21/05/2002.
Ai fini del miglioramento dell'offerta attiva si individua come operatore sanitario privilegiato il medico di Assistenza Primaria e ad esso si trasferisce l'obiettivo di raggiungere la percentuale di copertura vaccinale antinfluenzale di almeno il 75% nei propri assistiti in età \geq 65 anni.

ART. 26 – INDENNITA' PER LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI DAGLI STUDI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

1. Atteso che lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del SSN per il conseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, la Zona Territoriale è tenuta, a richiesta, alla raccolta differenziata per lo smaltimento dei rifiuti sanitari.
2. Nell'ipotesi in cui, essa non dovesse/potesse provvedere, tale raccolta è demandata al medico di assistenza primaria. In tali casi il medico avrà titolo, previa produzione da parte dell'interessato di idonea documentazione

comprovante l'avvenuto smaltimento dei rifiuti nei termini di legge, ad una indennità annua nella misura di Euro 258,00 erogata in quote mensili di Euro 21,50.

CAPO III - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La Continuità assistenziale è parte integrante dell'attività distrettuale, afferisce alle cure primarie, contribuisce a realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza.

ART. 27 - CONTRIBUTO PREVIDENZIALE ENPAM CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il contributo previdenziale ENPAM per i medici di Continuità Assistenziale va applicato dall' 01/01/2006 su tutti i compensi previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale, dagli Accordi Regionali e da quelli Aziendali.

ART. 28 - FORME ASSOCIATIVE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (ART. 62 - ACN 23/03/2005)

1. Al fine di favorire l'integrazione delle professionalità operanti sul territorio e di facilitare le attività istituzionali, i medici di Continuità Assistenziale possono organizzare forme associative funzionali proprie della Continuità Assistenziale, anche raggruppanti medici operanti in sedi differenti della stessa Zona, con riferimento a quanto previsto dall'art. 62, comma 5 dell'ACN.
2. Esse assumono inoltre particolare rilevanza riguardo all'aspetto della gestione della cronicità sul territorio e dell'assistenza ai pazienti fragili, proponendosi obiettivi di:
 - a. appropriatezza, in quanto permettono di orientare in maniera univoca l'azione assistenziale perseguendo gli obiettivi previsti dal PLAET (Programma di Lavoro Annuale dell'Equipe Territoriale) ed in coerenza con gli orientamenti clinici del medico di libera scelta, nell'ambito delle forme organizzative complesse;
 - b. efficacia, data la possibilità di aderire a linee guida e protocolli concordati tra ZT, le Equipe Territoriali e le forme associative della Medicina Generale;
 - c. maggiore qualità assistenziale, in quanto, da un lato, permettono di attivare procedure di monitoraggio, revisione e rimozione degli aspetti critici del servizio, dall'altro, grazie alla condivisione del dato informatico con i medici di Assistenza Primaria, permettono di mettere in atto la continuità dell'assistenza in senso longitudinale nell'arco delle 24 ore, sulla base della conoscenza della situazione clinica del paziente, secondo il principio dell'estensività delle cure.
3. L'organizzazione in forme associative funzionali della Continuità Assistenziale è facoltativa. Le parti concordano che il modello gestionale migliore sia rappresentato dalla forma associata dei medici di CA partecipanti all'ET.
4. Sarà considerata aspetto particolarmente qualificante nell'ambito delle forme associative di cui sopra, la dotazione da parte dei medici che ne

fanno parte, di contenuti tecnologici avanzati, soprattutto finalizzati alla gestione e alla condivisione dei dati sanitari mediante mezzi informatici.

ART. 29 - COORDINATORE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(ART. 62 - ACN 23/03/2005)

1. In seno ad ogni associazione/sede di Continuità Assistenziale, il Direttore di Zona, su proposta dei medici interessati e di concerto con il direttore di distretto, sentita l'articolazione territoriale del Comitato Aziendale, nomina il Coordinatore della Continuità Assistenziale che assumerà anche le funzioni di referente di cui all'art. 18 comma 8 lettera b) del presente AIR.
2. Il Coordinatore dovrà assolvere alle seguenti funzioni:
 - a) Predisporre, sentiti i medici interessati, le proposte di turnazione (sia ai fini propri del servizio che delle reperibilità) da sottoporre al Distretto, anche ai fini di quanto previsto dall' art. 67 comma 6 dell'ACN;
 - b) Collaborare con il Direttore del distretto mediante gli uffici preposti;
 - c) Interfacciarsi con i responsabili distrettuali al fine di assicurare una corretta gestione delle problematiche inerenti il servizio;
 - d) Partecipare alla pianificazione delle attività dell'équipe o di altra forma organizzativa della MG cooperando, insieme alle altre figure professionali, alla definizione del Piano di Lavoro Annuale e delle strategie per il raggiungimento degli obiettivi in esso contenuti;
 - e) Organizzare il servizio in modo da far fronte ad eventuali esigenze assistenziali diurne previste dal PLA, d'intesa con i medici di Assistenza Primaria e i Pediatri di libera scelta, nell'ambito delle forme organizzative complesse, in riferimento a quanto previsto dall'art. 65 comma 2 dell'ACN;
 - f) Mettere in atto processi organizzativi tali da conseguire il miglioramento continuo del servizio anche promuovendo, insieme con altri Coordinatori, progetti di VRQ e self-audit da sottoporre all'attenzione delle competenti direzioni.
3. I Coordinatori permangono in carica per un anno dalla data della nomina e l'incarico è rinnovabile.
4. E' prevista la decadenza dalla funzione di Coordinatore:
 - a) Per dimissioni volontarie dalla funzione o dal servizio.
 - b) Per trasferimento.
 - c) In caso non partecipi ad almeno 2/3 delle riunioni periodiche nelle quali sia prevista la sua presenza.
 - d) Per mancato assolvimento non adeguatamente giustificato di quanto previsto alle lettere a, c, e del precedente comma 2 dietro segnalazione motivata del responsabile distrettuale o del Coordinatore dell'Equipe, sottoposta al Comitato Aziendale, il quale, sentito il medico interessato sottoporrà al Direttore di Zona il proprio parere

favorevole o contrario alla revoca che verrà eventualmente formalizzata con apposita deliberazione.

- e) Dietro sfiducia motivata da parte della maggioranza dei medici afferenti alla forma associativa/ sede di Continuità Assistenziale.
- 5. Ai medici che svolgono la funzione di Coordinatore di sede sono attribuite 2 ore settimanali (aggiuntive al normale orario di incarico) per l'esercizio di tale funzione.
- 6. Ai medici che svolgono la funzione di Coordinatore di associazione, ove presente, sono attribuite 4 ore settimanali (aggiuntive al normale orario di incarico) per l'esercizio di tale funzione
La funzione di coordinatore di associazione assorbe anche quella di coordinatore di sede.

ART. 30 - PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ALLE EQUIPES TERRITORIALI

- 1. Il Regolamento delle Equipe territoriali ed il Piano di lavoro Annuale delle medesime, dovranno normare la partecipazione dei medici di CA alle ET medesime.
- 2. Il regolamento, adottato dalla Zona Territoriale competente, verrà inviato al Comitato Regionale.
- 3. L' assenza del regolamento delle E.T. per un periodo superiore a giorni 90 (novanta) dall'effettivo avvio delle medesime, farà scattare la funzione vicaria del Comitato Regionale che emanerà le disposizioni necessarie.
- 4. E' istituito con analoghi meccanismi a quelli previsti per l'Assistenza Primaria un distinto comparto del fondo di cui all'art. 23 del presente AIR, specifico per la Continuità Assistenziale e finalizzato a progetti coinvolgenti i medici di Continuità Assistenziale.
- 5. In ambito Zonale dovranno essere attivati meccanismi concordati di ottimizzazione delle attività ai fini della costituzione del fondo.
- 6. Al medico di CA aderente all'Equipe Territoriale, per le attività svolte per la elaborazione del programma di lavoro annuale, viene corrisposta una remunerazione pari a Euro 70,00 mensili (rapportati a 104 ore lavorate mensili) con decorrenza dal 01/06/2007. Eventuali residui di tale remunerazione sono nella disponibilità della Zona per progetti di associazionismo di CA.
- 7. Le quote di remunerazione dei medici di CA non intervenuti nella fase di elaborazione del programma annuale di lavoro per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico saranno a disposizione degli altri medici di CA partecipanti alle attività, secondo un meccanismo di incentivi/disincentivi individuato dall'organismo di cui all'art. 44, lettera B (Pool di Monitoraggio) del presente Accordo.

ART. 31 - SUPERFESTIVITA' E ZONE DISAGIATE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

1. Ai medici che garantiscono la continuità assistenziale nei giorni e negli orari sotto riportati, viene riconosciuto un compenso lordo forfetario pari a Euro 51,65:
 - 1 gennaio ore 8-20; ore 20-8;
 - Pasqua ore 8-20; ore 20-8;
 - Lunedì dell'Angelo ore 8-20;
 - 24 Dicembre ore 20-8;
 - 25 Dicembre ore 8-20; ore 20-8;
 - 26 Dicembre ore 8-20; 20 – 8;
 - 31 Dicembre ore 20-8;
2. Ai medici che garantiscono la Continuità Assistenziale in posti di guardia che coprono zone disagiate, e cioè in postazioni in cui almeno un comune della postazione risulta essere disagiato (criterio stabilito dal Comitato Regionale nella seduta del 16/03/04 in attuazione del precedente Accordo Regionale, e comunicato alle zone territoriali con nota prot. 9057/DIP 5.3/AA del 27/04/04), viene corrisposto un compenso orario aggiuntivo pari Euro 0,60 per ora.
3. Nella programmazione della turnazione di norma non possono essere superati i due turni consecutivi, in ottemperanza alle attuali norme sulla sicurezza del lavoro.

ART. 32 - MASSIMALI

(ART. 65 - ACN 23/03/2005)

1. L'incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale è di 24 ore settimanali.
2. Il Comitato Zonale potrà valutare, sulla base di documentate motivazioni, eventuali richieste per autolimitazioni del massimale orario, anche per motivazioni diverse da quelle sancite dall'art. 18 dell'ACN.
3. Ai fini di quanto previsto all'art. 65, commi 3 e 11 dell'ACN, si precisa che la decadenza dall'incarico si applica solo in caso di rifiuto a completare l'orario a 24 ore settimanali.
4. In merito a quanto previsto dall'art. 65, comma 14 dell'ACN, a garanzia della continuità del servizio le zone possono attribuire ore di attività eccedenti l'incarico, ai medici titolari a tempo indeterminato disponibili a tale ampliamento di orario, nel limite massimo delle 38 ore settimanali. Quest'ultima fattispecie non comporta variazioni nell'orario di incarico del medico titolare che permane a 24 ore settimanali.

ART. 33 - VISITE OCCASIONALI

(ART. 67 - ACN 23/03/2005)

1. I medici di Continuità Assistenziale prestano la loro opera anche nei confronti di pazienti che, trovandosi al di fuori della propria Regione di residenza, ricorrano al servizio di Continuità Assistenziale e le visite effettuate sono compensate direttamente dall'assistito, secondo quanto previsto dall'articolo 57, comma 4 dell'ACN, dietro rilascio di regolare ricevuta.
2. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, al medico è consentito utilizzare il modello prescrizione-proposta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza dell'assistito.
3. Assistenza a stranieri comunitari con Tessera Sanitaria, sarà compensata secondo quanto previsto dall'art. 57, comma 4 dell'ACN.

ART. 34 - SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI

(ART. 70 - ACN 23/03/2005)

1. Il medico che non può svolgere il servizio deve avvertire il responsabile indicato dalla Zona Territoriale che provvede alla sostituzione secondo le procedure di cui ai commi successivi. In presenza di forma associativa, gli incaricati possono provvedere alla gestione autonoma dei turni tramite scambi o frazionamento dei turni stessi o tramite il sistema della reperibilità, sotto la supervisione del Coordinatore di cui all'art. 29 del presente AIR.
2. Solo ed esclusivamente nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, la Zona Territoriale può conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai commi successivi.
3. La Zona Territoriale conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 15, comma 12 dell'ACN, o, in mancanza, della graduatoria regionale di settore vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio della Zona Territoriale.
4. In funzione di quanto sancito dall'art. 30 del presente Accordo, qualora non fosse possibile garantire il servizio secondo le procedure di cui al precedente comma per mancanza di medici disponibili, la Zona Territoriale potrà concordare, per assicurare le esigenze ordinarie di servizio, con i medici incaricati un aumento delle ore settimanali oltre il limite di 24 ore e fino al limite massimo di 38 ore.
5. Solo qualora non fosse possibile esperire le procedure di cui al comma 3 ed al comma 4, al solo fine di garantire il servizio si potranno incaricare, medici non presenti nella graduatoria regionale vigente secondo quanto previsto nella norma finale 6 del presente AIR.

6. Gli incarichi potranno essere conferiti a medici aventi le caratteristiche individuate dalla Legge 448/2001, art. 19, comma 11, per non più di tre mesi l'anno e per massimo 96 ore mensili.
7. Per carenza di disponibilità di cui ai precedenti commi, si intende la mancanza di medici per:
 - a) rinuncia degli iscritti alla graduatoria regionale di settore vigente;
 - b) raggiungimento del tetto massimo di 38 ore settimanali da parte dei medici già incaricati del servizio, resisi disponibili.
8. L'incarico di sostituzione, secondo il presente articolo, può essere attribuito ai medici di cui al comma 3 per un periodo fino ad un anno, ai medici di cui al comma 5 per un periodo fino a tre mesi continuativi eventualmente rinnovabili, ai medici di cui al comma 6 per un periodo massimo di tre mesi l'anno. Un ulteriore incarico può essere conferito allo stesso medico sulla base di quanto disposto dal comma 10 del presente articolo.
9. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza dello stesso. Se vi è il rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato o il conferimento di incarico a tempo indeterminato ad altro medico, l'incarico provvisorio viene considerato valido in altra sede nell'ambito della stessa ZT.
10. Esaurite le procedure di cui al comma 8 del presente articolo, ove non sia stato assegnato l'incarico provvisorio vacante, la ZT può attribuire lo stesso ripercorrendo integralmente la graduatoria di disponibilità e quella di settore.
11. La Zona Territoriale, per sostituzioni di durata pari o inferiore a 9 giorni, può utilizzare i medici in reperibilità oraria presso quella sede qualora gli stessi si dichiarino disponibili.
12. Tranne che per le ipotesi di cui all'art. 18 dell'ACN e per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, la Zona Territoriale sentito il Comitato di cui all'art. 23 dello stesso ACN, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.
13. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 dell'ACN provvede la Zona Territoriale con le modalità di cui ai commi 3 e 4 del presente articolo.

ART. 35 - ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITÀ.

(ART. 71 - ACN 23/03/2005)

1. La Zona Territoriale organizza turni di reperibilità distrettuali (una reperibilità ogni 4 sedi) nei seguenti orari:
 - a) dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;
 - b) dalle ore 9,00 alle 10,30 dei soli giorni prefestivi;

- c) dalle ore 7,00 alle 8,30 dei soli giorni festivi.
2. All'atto della predisposizione delle turnazioni mensili per ogni postazione, le Zone, o laddove siano presenti forme associative, i Coordinatori, al fine di organizzare il calendario delle reperibilità congiuntamente a quello dei turni mensili, interpellano prioritariamente i medici incaricati ai sensi dell'art. 63 dell'ACN prestanti servizio che si rendono mensilmente disponibili e successivamente allo scopo di completare eventualmente l'orario, medici identificati secondo i criteri elencati nell'art. 70 commi 3, 5 e 6 dell'ACN.
 3. 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 e dalla relativa remunerazione per tutto il residuo del mese e per i tre mesi successivi, salvo che il fatto non costituisca più grave inadempienza, per la quale vanno attivate le procedure di cui all'art. 30 dell'ACN. In accordo a quanto previsto dall'art. 72, comma 1 dell'ACN, le ore di reperibilità sono remunerate come servizio attivo.
 4. Il compenso è fissato in un' ora di onorario professionale previsto dall'ACN per ciascun turno di reperibilità distrettuale.

ART. 36 – ASSISTENZA AI TURISTI

(ART. 32 - ACN 23/03/2005)

1. Così come disposto dall'art. 32 dell'ACN, relativamente alle località a forte afflusso turistico e limitatamente a periodi dell'anno stabiliti dall'articolazione territoriale del Comitato Aziendale di pertinenza, l'assistenza a persone non residenti deve essere prioritariamente affidata alla Medicina Generale (medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale nei rispettivi orari e secondo le specifiche modalità di servizio).
2. Le prestazioni effettuate in riferimento al precedente comma 1 sono compensate direttamente dall'assistito sulla base di quanto previsto all'art. 57 dell'ACN.
3. L'organizzazione del servizio dovrà essere anticipatamente concordata con l'articolazione territoriale del Comitato Aziendale.
4. Qualora non fosse possibile garantire la copertura dell'assistenza ai turisti mediante i medici di Assistenza Primaria, le Zone Territoriali potranno pubblicare orari aggiuntivi di Continuità Assistenziale. Tale servizio verrà compensato al medico con una quota oraria pari a quella prevista dall'Accordo Collettivo Nazionale per l'ordinario servizio notturno e festivo. Durante la Guardia Turistica, i medici provvederanno a riscuotere dagli assistiti residenti fuori dalla Regione Marche le quote previste per le visite occasionali. Le quote dovranno essere versate dal medico alla Zona Territoriale organizzatrice del servizio, la quale provvederà a rendere al medico un minimo del 25% delle quote versate.

5. Qualora venga istituito un servizio aggiuntivo di guardia turistica, nell'avviso di selezione per i medici, dovrà essere chiaramente indicata l'entità del compenso.

ART. 37 - ATTIVITÀ TERRITORIALI PROGRAMMATE

1. La Zona Territoriale, per lo svolgimento nei distretti di attività territoriali programmate, può utilizzare medici di medicina generale, secondo l'ordine delle seguenti priorità:
 - a) medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
 - b) medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'ACN secondo l'anzianità di incarico;
 - c) medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;
 - d) medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo.

In caso di assenza dei medici di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati i medici non iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche graduati ai sensi della Norma Transitoria n. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

2. Non è utilizzabile il medico che esercita altre attività presso soggetti pubblici o privati con accreditamento e contratto con SSR.
3. L'incarico può essere conferito per un anno e può essere rinnovato.
4. L'attività non può superare il tetto orario settimanale in cumulo con eventuali altri incarichi ed attività.
5. La Zona Territoriale interpella il medico secondo l'ordine di priorità indicato al comma 1 del presente articolo, indicando il tipo e la data di inizio della attività, l'ubicazione della sede o delle sedi, l'orario di lavoro e la durata dell'attività.
6. Il medico osserva le direttive organizzative emanate dal Direttore del distretto ed è tenuto a collaborare per il corretto svolgimento delle attività.
7. Il medico incaricato riceve un compenso orario pari a quello stabilito per l'esercizio dell'attività di continuità assistenziale.
8. Nel caso in cui il medico sia incaricato dello svolgimento delle visite fiscali ai lavoratori assenti per malattia, lo stesso non potrà svolgere la medesima attività nell'ambito territoriale ove assicuri contemporaneamente la continuità assistenziale notturna prefestiva e festiva o dove lo stesso sia iscritto per l'esercizio dell'attività primaria.

9. Le Zone Territoriali, al fine di dare certezza ai costi rispetto al valore delle prestazioni, possono decidere, limitatamente agli incarichi conferiti per l'espletamento di funzioni fiscali, di retribuire tali visite a prestazione sulla base delle tariffe vigenti presso l'INPS (tariffario regionale per le prestazioni di medicina legale). Il medico di continuità assistenziale riceverà il 90% della tariffa mentre il 10% verrà trattenuto dalla Zona Territoriale per le competenze amministrative svolte.
10. Appositi accordi Zonali possono prevedere, laddove vi siano le necessità e le condizioni strutturali, l'espletamento di prestazioni ambulatoriali da parte dei medici di CA nei confronti dei pazienti che lo richiedano anche solo in determinate fasce orarie. L'Accordo zonale/aziendale dovrà definire modalità operative e meccanismi di remunerazione.

ART. 38 – FORME AGGIUNTIVE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

1. La prestazione integrata di emergenza ed urgenza, viene disciplinata dal presente articolo onde favorire la sinergia tra i due sistemi.
2. I medici di CA che possono essere chiamati ad operare in sinergia col sistema EST (Emergenza Sanitaria Territoriale) debbono essere esclusivamente quelli che posseggono il titolo di specifica formazione ai sensi dell' art. 96 dell'ACN.
3. I medici incaricati della Continuità Assistenziale possono essere attivati dalle C.O. 118, operando esclusivamente nella zona territoriale sede della postazione di CA, per l'esecuzione di interventi di emergenza solo nel caso in cui i medici degli equipaggi POTES siano momentaneamente impegnati in altri servizi di eguale o superiore codice di gravità.
4. Non può essere richiesto dalla C.O. l'intervento diretto del medico di CA in caso di incidente stradale o, comunque, nei casi di esposizione ai rischi del traffico veicolare o nei casi in cui ci siano eventi con perdita di sostanze biologiche, per cui è prevista dalle normative di sicurezza sul lavoro una specifica dotazione di Dispositivi di Protezione Individuale (D.P.I.).
5. Al medico di CA, in possesso e non del titolo di formazione specifico per le EST, qualora chiamato a far fronte ad una situazione di emergenza (codice rosso e giallo) spetta un gettone di Euro 30,00 per ciascun intervento richiesto dalla Centrale Operativa.
6. In caso di attivazione abituale della C.A., così definita qualora le richieste di attivazione per codici rossi o gialli eccedano il numero di 4 in un mese, per 3 mesi anche non consecutivi, dovranno essere attivate le procedure per rendere esecutivi protocolli di operatività sinergica tra EST e Continuità Assistenziale concordati con la C.O. 118.
7. Ai medici operanti presso la sede interessata da quanto previsto al precedente comma del presente articolo, spetta un compenso aggiuntivo, su base oraria, pari a Euro 5,00 a carico del fondo previsto dall'art. 48, comma 2 del presente AIR. Tale compenso dovrà essere corrisposto a

partire dal mese successivo al superamento del limite previsto al comma 6, anche in considerazione del fatto che il medico di CA, vista l'attivazione abituale, nel suo orario di servizio rimane di fatto a disposizione, non solo per i compiti istituzionali del servizio, ma anche per compiti propri del sistema di EST.

8. I medici di CA che sono disponibili ad un ampliamento dell'orario di lavoro settimanale possono assicurare la presenza, con turnazione massima di sei ore, presso la C.O., svolgendo funzione di medico di C.O, congiuntamente al medico di EST, non impegnato in servizi esterni di EST. Tale integrazione è utile anche al fine di dirimere le eventuali controversie sulla competenza degli interventi richiesti dall'utenza.
9. La zona territoriale ha l'obbligo di organizzare per i medici di CA già in possesso del titolo di formazione delle EST, dei corsi di retraining. Tali corsi sono parte integrante dell'iter formativo e di aggiornamento annuale dei medici di CA titolari e sostituti e pertanto remunerati come orario di servizio.
10. La Zona Territoriale è tenuta a stipulare, a favore dei medici di CA che operano in sinergia con il sistema delle EST, una polizza assicurativa a copertura del rischio professionale ed infortunistico, adeguata alle funzioni proprie dell'EST, comprese quelle derivanti dall'eventuale uso delle attrezzature presenti in ambulanza.

ART. 39 – FONDO A RISULTATO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

1. A decorrere dalla data di pubblicazione del presente Accordo è istituito un fondo a risultato, specifico e a destinazione vincolata per la continuità assistenziale, pari a complessivi Euro 750.000,00 (settecentocinquantamila) su base annua.
2. Tale fondo sarà prioritariamente utilizzato per la continuità dell'informazione e per la relativa informatizzazione sulla base di un progetto da approvare in sede di Comitato Regionale su proposta di un gruppo paritetico di costruzione del percorso. Tale gruppo deve iniziare i suoi lavori entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'AIR con il compito di definire le modalità esecutive, gli indicatori e i relativi sistemi di monitoraggio, nonché i sistemi di remunerazione che incentivino in via prioritaria le forme associative della CA, tenendo presente quanto previsto nel successivo art. 40.
3. Nelle more dell'elaborazione del progetto di cui al comma precedente, a far data dal 01/06/2007, ai medici di CA che raccoglieranno i dati informatizzati sulla attività svolta, secondo modalità concordate, verrà riconosciuto un incentivo orario pari a Euro 1.00.

ART. 40 – INFORMATIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

1. Nell'ambito delle Equipes Territoriali, il Piano di Lavoro Annuale delle ET dovrà prioritariamente prevedere modalità di interazione tra medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale. La Regione Marche, infatti, promuove ed incentiva l'adozione delle tecnologie informatiche tra i medici di Continuità Assistenziale, al fine di facilitare lo scambio di dati e informazioni con i medici di Assistenza Primaria e con i servizi distrettuali, agevolando in tal modo la continuità dell'assistenza nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, particolarmente per i pazienti in stato di fragilità.
2. Il medico di CA aderente alla forma di informatizzazione dovrà soddisfare le seguenti condizioni:
 - a. dovrà essere in grado di consultare i dati clinici dei pazienti in stato di fragilità, al fine di indirizzare gli interventi di diagnosi e cura nella maniera più appropriata;
 - b. dovrà trasmettere al medico di AP, prima della fine del turno di servizio, il report degli interventi svolti a domicilio del paziente secondo lo schema previsto dall'Allegato M dell'ACN, comunicare la terapia praticata ed eventuali prescrizioni rilasciate al paziente e la motivazione dell'eventuale ricovero, in modo che il medico di Assistenza Primaria possa avere traccia del ricorso del paziente a strutture sanitarie diverse nel periodo in cui non svolge servizio, ed orientare di conseguenza la sua azione;
 - c. dovrà aderire a sperimentazioni eventualmente attivate dalla Regione Marche basate sulla condivisione di informazioni sanitarie tramite portale;
 - d. dovrà fornire, tramite i Coordinatori, alla ZT i reports di attività del servizio di Continuità Assistenzi.
3. La Zona dovrà fornire idoneo software che soddisfi le condizioni di cui sopra e assicurare la connettività tramite la possibilità di accesso ad Internet o tramite rete dedicata.
4. Nell'ambito delle attività previste dall'Equipe Territoriale, a mezzo di accordi con i medici di AP possono essere utilizzati i software da essi ordinariamente impiegati, certificati per affidabilità e per quanto previsto dalla L. 196/2003, secondo le modalità della Medicina di rete.

ART. 41 – TUTELE PER INIDONEITA' E GRAVIDANZA **(ART. 73 - ACN 23/03/2005)**

1. Il medico divenuto inidoneo allo svolgimento dei compiti propri della Continuità Assistenziale con inidoneità certificata dai competenti servizi ASL, potrà essere collocato dall'Azienda, dietro richiesta dell'interessato, in

attività diurne confacenti al suo status in ambito distrettuale o nella Medicina dei Servizi.

2. In analogia a quanto previsto dalla legge sulla Tutela della Maternità (D.Lgs. 151/01 testo unico sulla maternità) la medesima disposizione si applica al medico in stato di gravidanza per il quale vanno esclusi i turni notturni e l'esposizione ad agenti biologici; per le stesse può inoltre essere previsto l'impiego secondo quanto enunciato dall'art. 38, comma 8 del presente AIR.

ART. 42 - FORMAZIONE.

1. Il medico incaricato del servizio di CA, congiuntamente ai medici di Assistenza Primaria, è tenuto a frequentare annualmente corsi di aggiornamento specifici, organizzati dalle Zone dell'ASUR, per un totale di almeno 40 ore annue tutte accreditate ECM e retribuiti come orario di servizio.

ART. 43 - COMPETENZE DELLE AZIENDE.

1. Con particolare riferimento ad aspetti riguardanti l'adeguatezza delle sedi e la sicurezza dei medici in servizio, le Zone territoriali garantiscono che:
 - a) Sia assicurato un monitoraggio costante delle postazioni di CA al fine di identificare e risolvere eventuali criticità riguardo agli aspetti della sicurezza attiva e passiva, del mancato rispetto di quanto previsto dal D.L. 626/94, e dei requisiti minimi di decoro e di dignità delle sedi.
 - b) Sulla base di Accordi zionali di cui all'art. 37 comma 11 del presente AIR siano posti a disposizione degli operatori, locali ad uso ambulatorio adeguatamente attrezzati, distinti da quelli previsti per il riposo e la sosta dei medici dotati di servizi igienici ad uso esclusivo dei medici in servizio. Dovrà essere inoltre assicurata la pulizia giornaliera dei locali.
 - c) Presso ogni sede a maggior rischio e isolata da qualsiasi altra struttura, l'ASUR e le Zone Territoriali dovranno dare garanzia di sicurezza potendosi avvalere di quanto segue:
 - Impianto di allarme con sirena esterna azionabile mediante telecomando (uno per medico in turno con apposita clip per cintura o similare), collegato con le centrali delle forze dell'ordine (112 o 113).
 - Videocitofono o citofono e sistema di videosorveglianza nelle sedi a maggior rischio.
 - Telefono dotato di identificativo di chiamata con idoneo sistema di registrazione delle chiamate su supporto magnetico o digitale.
 - Inferriate alle finestre se la sede è situata al piano terra.
 - Telefoni cellulari di servizio privi di blocco.

- Eventuale porta blindata di accesso alla sede o comunque in grado di resistere a tentativi di intrusione e vetri antisfondamento.
 - Vigilanza nelle sedi maggiormente a rischio o situate in ambiti territoriali a più alto tasso delinquenziale, sentiti la Prefettura competente e il Comitato Zonale.
2. Nei casi eccezionali in cui la ZT prevede l'impiego dell'autovettura di proprietà del medico, la stessa dovrà essere assicurata a mezzo di polizza Kasko con franchigia rimborsabile su accertamento.

CAPO IV - LA MEDICINA DEI SERVIZI

ART. 44 – PRINCIPI GENERALI

(ART. 75 - ACN 23/03/2005)

1. Con riferimento all'art. 75, comma 5 dell'ACN, il medico titolare di rapporto convenzionale di Assistenza Primaria o di Pediatria di Libera Scelta può detenere anche un incarico di medicina dei servizi territoriali non superiore in ogni caso a 24 ore settimanali, fino al raggiungimento del numero di scelte previste dal comma 3 del medesimo articolo.
2. Con riferimento all'art. 85, comma 1 dell'ACN, il compenso aggiuntivo, compete in pari misura a tutti i medici incaricati a tempo indeterminato; ivi compresi i titolari di altri rapporti compatibili. Quanto all'indennità di disponibilità, rimangono ferme le eventuali opzioni esercitate in applicazione del D.P.R. 270/2000.
3. Le previsioni di cui all'art. 75, comma 3 non si applicano alle situazioni esistenti alla data di entrata in vigore dell'ACN 23/03/2005, i titolari interessati non hanno possibilità di aumento di orario.
4. Nella definizione delle limitazioni di massimale o di orario, fra incarichi compatibili di cui all'art. 75, comma 2 dell'ACN, trovano applicazione le condizioni più restrittive previste dalla disciplina degli incarichi stessi; qualora le stesse discipline prevedano quote minime di limitazione di massimale, il titolare di incarico dovrà optare fra la riduzione dell'orario di incarico di cui al presente articolo, ovvero la rinuncia all'incarico compatibile.

CAPO V - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 45 - CONTRIBUTO PREVIDENZIALE ENPAM EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

I contributo previdenziale ENPAM per i medici di Emergenza Territoriale va applicato dall' 01/01/2006 su tutti i compensi previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale, e derivanti dagli Accordi Regionali e/o Aziendali.

ART. 46 - MASSIMALE ORARIO E ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO (ARTT. 93 e 94 - ACN 23/03/2005)

1. L'attività dell'Emergenza Sanitaria Territoriale (EST) viene riconosciuta come parte integrante e fondamentale del Sistema dell'Emergenza Sanitaria. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, a integrazione, nelle attività del DEA/PS e aree afferenti con le collaborazioni di cui all'art. 95, comma 3 dell'ACN.
2. Ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera c L.R. 36/98, la C.O. ha il compito di coordinare gli interventi del personale sui mezzi di soccorso e sui mezzi di servizio e si avvale anche del personale convenzionato; per cui il medico del 118 dipende funzionalmente dalla C.O.
3. Ai servizi territoriali sono addetti prioritariamente medici che svolgono esclusivamente il medesimo servizio nell'ambito di un'unica Zona Territoriale dell'ASUR.
4. E' consentito il superamento del massimale orario di 38 ore settimanali, sulla base di contingenti e temporanee necessità locali:
 - in sostituzione di turni non effettuati da collega, in caso di assenza improvvisa o programmata per giustificati motivi, diversi dalla malattia;
 - per esigenze di servizio quando il rientro in sede, dopo intervento, avvenga oltre il termine orario del turno prestabilito, anche se comunque l'attività continuativa non potrà superare le 15 ore;
 - per altre ragioni di servizio con carattere eccezionale e contingente.
5. Poiché l'azione sul malato si completa con la relativa documentazione, il medico del EST è responsabile della compilazione delle schede preospedaliere, sia cartacee che informatizzate. Qualora non fosse possibile la compilazione durante l'orario previsto dal turno, le stesse saranno compilate in orario aggiuntivo remunerato. Le modalità attuative ed i contenuti saranno concordati da un apposito gruppo di lavoro, di livello regionale concordato tra le parti sottoscrittenti, da attivarsi entro 30 giorni

dalla firma del presente Accordo, formato sia dai responsabili di C.O. che dai rappresentanti sindacali dell'EST, e concludendo i lavori entro 90 giorni.

6. La Zona può conferire incarichi provvisori per un massimo di mesi 12 (art. 97, comma 4 dell'ACN) per 38 ore settimanali. L'incarico cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.
7. Il Medico Referente della Postazione 118, scelto dai medici stessi, propone mensilmente i turni di servizio dei medici di Emergenza Sanitaria Territoriale secondo il principio dell'equità distributiva fra tutti i medici, convenzionati e dipendenti, dei turni diurni, notturni e festivi, e successivamente visionati dal Responsabile 118 della relativa Zona e trasmessi alla Centrale Operativa.
8. Per i compiti propri della funzione verrà corrisposto al medico Referente della postazione, un'indennità di funzione pari a Euro 200,00 mensili lorde onnicomprensive
9. Le Zone dell'ASUR organizzano, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro ai sensi dell'art. 97, commi 10, 11 e 12 dell'ACN.
10. Per tutti i turni di reperibilità domiciliare deve essere corrisposta ai medici di emergenza convenzionati un gettone onnicomprensivo pari al compenso per un'ora di onorario professionale previsto dall'ACN.
11. Ogni turno di reperibilità viene retribuito anche in caso di attivazione del medico reperibile.
12. Vengono previste inoltre ulteriori reperibilità straordinarie in relazione a specifiche necessità che non possono sovrapporsi o sostituirsi con la reperibilità di servizio, remunerate con gettone onnicomprensivo per turno domiciliare di 12 ore, non inferiore a Euro 50,00 a carico dell'Ente richiedente, da valutare rispetto alla complessità delle azioni richieste.
13. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto, dalla competente commissione sanitaria della Zona, la stessa individuata per il personale dipendente, lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle Centrali Operative, nei presidi fissi di emergenza e nei DEA/PS o in altra sede periferica da concordare.
14. L'ASUR e le sue Zone Territoriali garantiscono che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali per la sosta e l'attesa dei Medici, (così come anche previsto all'art. 68, comma 2 dell'ACN per la C.A.) nonché della normativa vigente in merito alla sicurezza del lavoro (D.Lgs 626/94).
15. Il medico incaricato del servizio di emergenza territoriale ha il diritto /dovere di a frequentare annualmente corsi di aggiornamento specifici, organizzati dalle Zone dell'ASUR, per un totale di almeno 40 ore annue, tutte accreditate ECM e retribuite come orario di servizio.

ART. 47 - COMPITI DEL MEDICO - LIBERA PROFESSIONE
(ART. 95 - ACN 23/03/2005)

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti retribuiti con quota fissa oraria:
 - a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo le vigenti normative;
 - b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR (Rischio Nucleare Biologico Chimico), previo svolgimento di apposito corso di formazione predisposto a livello regionale o di Zona.
 - c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;
 - d) attività presso le Centrali Operative e presso i dipartimenti di emergenza e urgenza.

2. I medici di cui al precedente comma possono inoltre:
 - a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri facenti parte dei Dipartimenti di emergenza e urgenza;
 - b) essere utilizzati per attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc.
 - c) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa ed ala ruotante e su altri mezzi di trasporto attrezzati subordinatamente ad una dichiarazione di disponibilità da parte dei medici interessati con opportuna copertura assicurativa stipulata dall'ASUR, e, al medico incaricato, spetta un'indennità pari a quella già prevista per analoghi ruoli al personale dipendente;
 - d) partecipare attivamente a corsi di formazione e di aggiornamento continuo in materia di protocolli ed indirizzi Nazionali e Regionali del Sistema di Emergenza come docenti e come animatori di formazione oltre che come discenti e favorire l'integrazione di tutto il personale che ruota intorno al "paziente critico", pur nelle specificità delle singole professionalità, dal territorio al DEA, alla dimissione, dando il loro contributo anche in termini di esperienza e conoscenza del territorio;
 - e) essere utilizzati nella verifica costante della qualità delle prestazioni erogate (VRQ);
 - f) partecipare a riunioni di audit clinico organizzate periodicamente dal responsabile del dipartimento di emergenza, al fine di integrare l'attività di assistenza-cura del medico EST con l'attività dell'equipe DEA/PS. Tale attività è da intendersi come attività di formazione obbligatoria.

Per le attività aggiuntive, in turnazione dedicata , punti d) e) , si rimanda a specifici Accordi Zonali.

3. I medici di cui al precedente comma, previi Accordi Zonali, possono partecipare alla programmazione del piano di lavoro delle Equipes

Territoriali per realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente e favorendo la assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico.

ART. 48 - TRATTAMENTO ECONOMICO E TUTELA ASSICURATIVA
(ARTT. 98 e 99 - ACN 23/03/2005)

1. Ai medici impegnati nel servizio di emergenza spetta un compenso lordo onnicomprensivo per ogni ora di attività svolta in attuazione di quanto previsto all'art. 98 dell'ACN.
2. I medici incaricati in EST possono, quando non impegnati in compiti propri dell'incarico, essere impegnati nell'ambito della propria sede di servizio, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali e nelle strutture di pronto soccorso dei presidi ospedalieri facenti parte dei Dipartimenti di Emergenza e Urgenza, fermo restando che le modalità organizzative e di collaborazione presso le strutture intramurarie dell'emergenza-urgenza siano improntate alla pari dignità e tutela lavorativa dei medici convenzionati rispetto ai dipendenti del Dipartimento.

A decorrere delle data di pubblicazione del presente Accordo i medici EST percepiscono un compenso aggiuntivo pari ad Euro 1.100,00 mensili. Negli anni successivi al primo, il compenso regionale dovrà essere integrato con le quote derivanti dal fondo generato mediante le risorse che gradualmente si renderanno disponibili alla scadenza degli Accordi Aziendali attualmente in essere e che prevedono specifici compensi per tale collaborazione. Tale processo è attivato al fine di ridurre la variabilità dei compensi dei medici EST tra le varie Zone Territoriali.

3. Gli Accordi Aziendali dovranno avere schema uniforme da concordarsi sul tavolo regionale e di norma non potranno prevedere pagamenti aggiuntivi differenziati tra le diverse Zone Territoriali.
4. I medici incaricati del servizio di Emergenza, previ Accordi Zonali e con acquisizione disponibilità scritta, possono svolgere il loro monte orario in Potes di Zone diverse, a fronte di una indennità di missione per ciascun turno di 12 ore. In caso di turno svolto al di fuori della postazione di cui il medico è titolare viene riconosciuto il rimborso dei costi kilometrici o la disponibilità del mezzo aziendale. Accordi Zonali definiranno ulteriori remunerazioni.
5. Ai medici che garantiscono l'emergenza sanitaria territoriale nei giorni e negli orari sotto riportati, viene riconosciuto un compenso lordo forfetario pari a Euro 51,65:

1 gennaio ore 8-20; ore 20-8;

Pasqua ore 8-20; ore 20-8;

Lunedì dell'Angelo ore 8-20;

24 Dicembre ore 20-8;
25 Dicembre ore 8-20; ore 20-8;
26 Dicembre ore 8-20, 20 – 8;
31 Dicembre ore 20-8;

6. Le Zone dell'ASUR, ai sensi dell'art. 99, commi 3 e 4 dell'ACN, provvedono ad assicurare i Medici contro i rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività, compresa la copertura in itinere per e dalla sede di servizio, nonché per raggiungere o rientrare dalla sede dei comitati o delle commissioni previsti dall'ACN.
7. Tale polizza per infortunio deve prevedere una diaria equivalente ad 1/30 della retribuzione mensile complessiva del medico convenzionato, comprensiva degli oneri riflessi. Pertanto si concorda una diaria giornaliera pari a 1/30 dello stipendio medio mensile dell'ultimo trimestre.
8. L'ASUR-Zona Territoriale provvede inoltre ad assicurare i Medici per danni subiti da terzi (RCT) nel corso della propria attività di istituto, comprendente la copertura delle spese legali. La polizza per ciascun sanitario, deve risultare attiva all'inizio dell'incarico.
9. I medici del 118, laddove redigano certificati INAIL in divieto di utilizzo del proprio codice personale, tramite Accordi Zonali partecipano alla suddivisione del relativo fondo.

ART. 49 – RIPOSO ANNUALE ED INQUADRAMENTO A RUOLO (ARTT. 98 e 100 - ACN 23/03/2005)

1. In base all'art. 98, comma 3 dell'ACN, al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi esclusi i festivi, da fruirsi per 11 giorni a scelta del medico e per i restanti 10 su indicazione della Zona Territoriale dell'ASUR sulla base delle esigenze di servizio, purché l'assenza dal servizio continuativo non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a tre volte l'impegno orario settimanale continuative.
2. Qualora sussistono eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale. Il riposo annuale è commisurato alla durata dell'incarico. I giorni di riposo da fruirsi in un anno per incarichi di 38 ore settimanali sono pertanto 31 giorni solari equivalenti a 168 ore. Le ore di ferie sono retribuite come normale orario di lavoro, quindi comprensive delle remunerazioni regionale e zonali. Il medico può fruire delle ferie, anche frazionatamente, in periodi programmati sulla base a quanto disposto dall'ACN.
3. Qualora il periodo di astensione dal lavoro già in godimento debbano essere interrotte o sospese per motivi di servizio, il medico ha diritto al

rimborso delle spese documentate per il rientro in sede e ad un'indennità aggiuntiva di missione per la durata del medesimo viaggio. Il medico ha diritto, inoltre, al rimborso delle spese anticipate e documentate non recuperabili per il periodo di ferie non godute.

4. Nell'ipotesi in cui, per inderogabili ed indifferibili esigenze di servizio documentate dal Responsabile, il medico non sia in grado di godere delle ferie nel corso dell'anno, esse dovranno essere fruite entro il primo quadrimestre dell'anno successivo.
5. Il periodo di astensione dal lavoro è sospeso per eventuali malattie sopravvenute durante il godimento delle ferie. La Zona Territoriale ASUR pertinente, deve tempestivamente essere informata di tale circostanza e deve ricevere la relativa documentazione medica, onde essere in grado di esercitare il suo diritto di accertamento della malattia del sanitario.
6. Le assenze del medico per malattia o infortunio non riducono il periodo di astensione spettante, anche se tali assenze si siano protratte per l'intero anno solare. In tale ipotesi, il godimento delle ferie avverrà anche oltre il primo quadrimestre dell'anno successivo.
7. La regione provvederà ad attivare le procedure di inquadramento nel ruolo sanitario della dirigenza medica dei medici incaricati a tempo indeterminato, per coloro che ne facciano richiesta e che abbiano i requisiti indicati. Entro 90 giorni dalla firma dell'AIR si provvederà alla procedura di inquadramento a ruolo di tutti i medici Emergenza Territoriale Sanitaria convenzionati con 5 anni di titolarità in emergenza che facciano richiesta e previo esame di idoneità. Il procedimento di inquadramento a ruolo deve avvenire entro e non oltre un anno solare dalla firma dell'AIR.
8. Il medico convenzionato che viene inquadrato in ruolo, può continuare a lavorare nell'Emergenza Territoriale o chiedere di passare in altre aree del DEA quando ci sono posti vacanti, con procedure da concordare.

PARTE SECONDA
IL SISTEMA DELL'APPROPRIATEZZA
(Integrazione/governo clinico)

ART. 50 – PREMESSA

1. Il presente Accordo Integrativo intende sostanziare il concetto di appropriatezza promuovendo e diffondendo nei medici la cultura di una alleanza terapeutica con i cittadini sui problemi di salute. Tale alleanza permetterà al paziente di fare le scelte nei tempi opportuni ed ai livelli assistenziali esaustivi, sulla base della applicabilità locale delle evidenze scientifiche disponibili, nell'obiettivo di un uso corretto ed efficiente delle risorse definite.
2. In questa ottica pertanto viene individuato un sistema di gestione dell'appropriatezza inteso come strumento di approccio unitario e sistematico. Tale sistema collega gli organismi e le attività previste dagli art. 25 e 27 dell'ACN a quelli del presente Accordo, in particolare all'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza (ORA).
3. L'ORA ha sede presso il Servizio Salute della Regione Marche.
4. L'ORA ha l'obiettivo di favorire una più completa presa in carico del cittadino promuovendo e tutelando al più alto livello possibile il suo stato di salute attraverso:
 - a) la realizzazione di un sistema di continuità delle cure efficiente ed integrato con tutti i livelli assistenziali (cure primarie, specialistiche, integrazione socio-sanitaria)
 - b) il miglioramento del livello organizzativo delle cure primarie e del suo livello di accessibilità
 - c) lo sviluppo di un concetto di appropriatezza inteso come processo dinamico e non come singole azioni, anche attraverso l'individuazione di luoghi dove attivare il confronto tra le varie professionalità operanti in ambito sanitario.
5. Il sistema dell'appropriatezza nel suo complesso:
 - Supporta, attraverso l'indicazione di Percorsi di Orientamento alla Salute, la continuità delle cure nelle 24 ore e durante tutto l'arco della vita.
 - Si avvale dei livelli organizzativi avanzati della medicina di famiglia (personale di studio, medicina di gruppo, forme associative con vario grado di integrazione e organizzazione).
 - Comporta un progressivo passaggio dall'attuale modello ad uno maggiormente integrato e condiviso (continuità dell'assistenza, condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, tavoli di audit medico, ecc.).
 - Riconosce nel Distretto la sede organizzativa delle cure primarie.

- Sviluppa un forte coinvolgimento degli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali e del Pool di Monitoraggio, nei settori della programmazione, monitoraggio e valutazione delle attività e del raggiungimento degli obiettivi, individuando nel sistema di gestione condivisa e dinamica dei fondi di finanziamento delle attività, il modello economico per l'allocazione di risorse finanziarie.
 - Richiede appropriatezza negli indirizzi e nelle scelte, ispirandosi anche alla medicina basata sulle evidenze scientifiche di efficacia ed ai principi di buona pratica clinica e a percorsi diagnostici e terapeutici ed a linee guida condivise con gli altri livelli di assistenza.
 - Necessita di formazione adeguata degli operatori e di un avanzato livello di educazione del cittadino all'utilizzo dei servizi.
6. I punti sopra riportati, unitamente ai sistemi di verifica, la scelta degli indicatori, la costruzione dei percorsi diagnostici-terapeutici, la costruzione di percorsi integrati con il sociale, la condivisione delle scelte con le altre professionalità, sono obiettivi specifici del sistema.

ART. 51 - GLI ORGANISMI E FUNZIONAMENTO

Il sistema dell' Appropriatazza per la medicina generale è composto da:

- Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) e Pool di monitoraggio (art. 25 comma 4 e art. 27, comma 5 dell'ACN)
- Unità Valutativa Distrettuale
- Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza

Tra i vari organismi esiste un legame funzionale.

L' oggetto del monitoraggio che il sistema è chiamato a realizzare riguarda:

- a. le attività di medicina generale previste dal decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, art. 3-quinquies e dal Piano Sanitario Nazionale, cioè Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei Servizi - e il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria erogata all'Azienda dalla Regione;
- b. altre attività territoriali pertinenti la medicina generale e attività intersettoriali, cui partecipa la medicina generale.

Le attività territoriali riguardanti la medicina generale sono in particolare:

- a. attività di formazione, informazione, e revisione fra pari dei medici di medicina generale;
- b. prestazioni aggiuntive dei medici di medicina generale, comprese quelle informatiche di ricerca epidemiologica, statistica, di monitoraggio della spesa;
- c. servizi di supporto all'attività dei medici di medicina generale, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
- d. potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare;

- e. progetti obiettivo nazionali, regionali e aziendali;
- f. progetti a livello di spesa programmata;
- g. sviluppo delle forme associative nelle condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica;
- h. sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei medici di medicina generale;
- i. produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;
- j. conferenze di consenso nell'ambito del Distretto/Zona;
- k. sviluppo di attività integrate ospedale-territorio;
- l. sviluppo di servizi assistenziali nel distretto.

In particolare il Sistema dell'appropriatezza vuole supportare ogni medico di medicina generale operante sia come singolo che in forma associata, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio Sanitario Nazionale così come stabilito dall'art. 27, comma 1 dell'ACN, a:

- a. realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio in ragione della programmazione regionale;
- b. assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dall' Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali;
- c. ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
- d. operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

Tali principi si applicano alle attività prescrittive di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale e avvengono secondo scienza e coscienza.

Il Sistema dell'Appropriatezza nel suo complesso e in ogni sua articolazione, può raggiungere i propri obiettivi utilizzando, così come indicato dall'art. 25, comma 3 dell'ACN, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale:

- a. appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la medicina generale non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli Accordi Regionali e Aziendali-Zonali;
- b. stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai medici di medicina generale;

- c. finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la medicina generale;
- d. attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del medico nella Zona Territoriale stessa o in altra Zona.

A - Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)

1. L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) è l'organismo individuato dall' art. 3 sexies Dlgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni che comprende tutte le figure operanti nel Distretto.
2. I Membri di Diritto dei Medici Convenzionati sono: un MMG, uno PLS, uno Specialista ambulatoriale interno. Inoltre dovrà far parte di tale organismo il Coordinatore d'Ambito Socio-Sanitario.
3. I medici Membri di Diritto per la medicina generale sono nominati dal Direttore di Zona, sentito il direttore di Distretto sulla base di un profilo di competenze concordate con le OO.SS. maggiormente rappresentative e riportate nell'Allegato B del presente Accordo.
4. I medici Rappresentanti sono invece eletti sulla base dell'Allegato O dell'ACN - Regolamento elettorale dei componenti elettivi degli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali.
5. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo Integrativo Regionale dovranno essere individuati i medici Membri di Diritto ed indette le elezioni degli altri medici Rappresentanti.
6. Per quanto riguarda il comma 13 dell'allegato O dell'ACN, le Zone Territoriali provvederanno alla liquidazione, sulla base degli accordi vigenti, dei compensi per il personale dipendente

B - Pool di Monitoraggio

1. Nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersettorialità del "Programma delle attività distrettuali", il Direttore del Distretto e i suoi collaboratori, sono coadiuvati, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la medicina generale, dal medico di medicina generale Membro di Diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto, eletti secondo le procedure previste dall'Allegato O dell'ACN (regolamento elettorale dei componenti elettivi).
2. Tale organismo definito "Pool di Monitoraggio" assolve a due funzioni:
 - a. monitoraggio delle iniziative previste dal Programma delle Attività Distrettuali per la parte inerente la medicina generale

- b. monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva secondo quanto disposto dall'art. 25 comma 5 lettera b) dell'ACN
3. In particolare sono oggetto del monitoraggio:
- a. l'andamento, per la parte concernente la medicina generale e indicata nell'art. 25, commi 2 e 3 dell'ACN, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;
 - b. l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica, ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.
4. L'organismo di cui sopra nella sua funzione ordinaria assume iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell'art. 14, comma 6 dell'ACN e di cui all'art. 59 comma 15 e seguenti dell'ACN.
5. Le Zone Territoriali assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo, attraverso un costante e regolare flusso di dati sul livello centrale (ASUR) integrando i dati forniti dai Medici di Medicina Generale mediante l'informatizzazione, secondo un approccio per problemi.
6. Sarà compito degli UCAD e dei Pool di Monitoraggio informare le articolazioni territoriali del Comitato Aziendale e lo stesso Comitato Regionale di quanto di rispettiva competenza. Qualora le Zone Territoriali rilevino comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso all'organismo individuato dal presente articolo, ovvero la valutazione dei comportamenti prescrittivi dei MMG.
7. In questo caso la composizione di detto organismo è integrata dal Responsabile del servizio farmaceutico o suo delegato e da un Medico individuato dal Direttore Sanitario dell'ASUR, deputati a verificare, ai sensi dell'art. 27, comma 5 dell'ACN, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.
8. L'organismo suddetto, ai sensi dell'art. 27, comma 6 dell'ACN, esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
- a. l'ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni, per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
 - b. il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore di Zona per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

9. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:
 - a. sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
 - b. sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del SSN;
 - c. sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra legittima norma.

10. Nel caso in cui oggetto di valutazione sia un MMG componente di diritto o rappresentativo dei predetti organismi, verrà individuato dal Direttore ASUR un analogo organismo tra quelli costituiti negli altri Distretti dell'ASUR.

C - Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza (ORA)

1. Al fine di armonizzare le attività orientate ad assicurare una maggiore appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse, così come individuato dagli artt. 25 e 27 dell'ACN, è istituito, entro 30 giorni dalla firma del presente Accordo, un Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza, organo tecnico del Comitato Regionale per la Medicina Generale.
2. Detto Osservatorio, presieduto dal Direttore Generale dell'ARS o suo Delegato è composto da 3 (tre) membri nominati dal Servizio Salute della Regione Marche, uno dei quali direttore del centro di formazione regionale per la medicina generale o in mancanza di detto organismo, un medico di medicina generale esperto in ambito formativo, individuato dal dirigente del Servizio Salute, 4 (quattro) membri nominati dal Comitato Regionale per la Medicina Generale e scelti all'interno della rete dei medici di medicina generale Membri di Diritto degli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) della Regione Marche, 1 (uno) rappresentante dei Direttori di Zona e 2 (due) Direttori di Distretto, ed il Direttore Generale dell'ASUR o suo delegato.
3. Compiti dell'Osservatorio sono:
 - Individuazione degli strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza pertinenti per la medicina generale e individuati a livello regionale, perseguibili anche attraverso il presente Accordo;
 - Individuazione di linee guida per assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza (ASUR e Ospedali), nonché

gli adempimenti di cui all'art. 1, comma 179 legge fin.'05 n..311 e art. 7 della intesa Stato-Regioni n. 2271 del 23/03/2005;

- Individuazione di linee guida di priorità in merito ad iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute, e di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione;
- Definizione ed individuazione delle modalità per l'armonizzazione delle attività di medicina generale, limitatamente all'appropriatezza, assicurate dalle diverse Aziende;
- Proposte progettuali di formazione di corsi sull'appropriatezza, indirizzati a tutti i medici componenti gli UCAD.
- Attivazione di Commissioni paritetiche ai sensi dell'art. 49 comma 7 dell'ACN di confronto MMG/Medici Specialisti con le strutture ospedaliere volte ad elaborare, criteri-orientativi, linee-guida, o quant'altro necessario su argomenti i cui tassi di inappropriatazza risultino elevati a motivo di un eccessivo consumo di risorse.

Nell'espletamento dei suddetti compiti l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza potrà avvalersi del supporto tecnico scientifico dei gruppi di lavoro già esistenti e delle strutture dell'ARS.

D – Trattamento economico

1. Ai Membri di Diritto dell'UCAD è riconosciuto un compenso minimo di riferimento mensile pari a Euro 150,00 lordo per le incombenze derivanti dall'assunzione dell'incarico. Le Zone Territoriali possono, anche in considerazione di precedenti accordi in essere, riconoscere compensi maggiori con oneri non a carico del fondo di cui al successivo comma 3.
2. A tutti i Medici Membri di Diritto, Rappresentanti eletti o nominati nei vari comitati e commissioni previsti dall'ACN o dall'AIR è corrisposto un gettone di presenza di Euro 80,00 per ogni riunione a cui partecipano.
3. Gli oneri di cui sopra sono a carico del fondo costituito dagli assegni resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli medici (art. 59, punto A, comma 5 dell'ACN).

PARTE TERZA FORMAZIONE

ART. 52 - AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO E FACOLTATIVO. FORMAZIONE PERMANENTE (ART. 20 - ACN 23/3/05)

1. Preso atto che le modalità dell'Aggiornamento obbligatorio e facoltativo e della Formazione Permanente sono individuate dall'art. 20 dell' ACN, le parti concordano sulla necessità di individuare un percorso formativo dei MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) coerente con gli obiettivi di sistema individuati dal PSR e dalla L.R. 13/03, considerando tale obiettivo come integrativo rispetto a quelli di carattere più propriamente clinico e relazionale. Tale integrazione rappresenta il necessario prerequisito per realizzare l'orientamento appropriato della domanda al fine di determinare, in un percorso di presa in carico globale del cittadino, la traslazione a livello distrettuale delle attività a maggior indice di inappropriata per il livello ospedaliero per incrementare l'efficienza e l'efficacia del sistema.
2. La formazione rappresenta una scelta strategica per orientare a finalità unitarie gli obiettivi di programmazione e di governo clinico. Essa favorirà l'attivazione di una nuova e più virtuosa mentalità professionale ed un modello di organizzazione del territorio che preveda l'avvio di un network clinico-assistenziale fortemente integrato nei suoi livelli distrettuale ed ospedaliero.
3. Questa trasformazione impone un articolato ed omogeneo percorso formativo per tutti gli operatori che devono orientare la loro funzione al nuovo assetto organizzativo del SSR. In particolare i MMG saranno coinvolti:
 - nei programmi di formazione continua obbligatoria ed accreditata;
 - nella formazione specifica,
 - nella formazione pre-laurea.
4. Questo scenario richiede un adeguato percorso formativo che sappia supportare una cultura del cambiamento e della integrazione piuttosto che della competizione, nonché quello della organizzazione. Il ricorso alla formazione rappresenta una opportunità per superare il dualismo domanda/offerta all'interno dei sistemi erogativi sanitari, orientando il sistema ad una maggior tutela e promozione della salute e ad una presa in carico complessiva dei bisogni di salute dei cittadini, dando garanzia di continuità delle cure. Tale contesto comporta la necessità di adeguate riflessioni su tematiche innovative rispetto ai tradizionali percorsi formativi in grado di sviluppare conoscenze, competenze, capacità in parte nuove rispetto al tradizionale bagaglio culturale del MMG. Individuare questi nuovi bisogni formativi per superare la sfida che la complessità del "sistema sanità" pone, permetterà di orientare il sistema nel senso della appropriatezza, equità ed universalità.

5. Le parti concordano sulla necessità di:
- a) Individuare nel Comitato Regionale l'organismo regionale abilitato ad identificare le priorità formative per l'Aggiornamento obbligatorio e accreditato nonché la Formazione Permanente e Specifica dei Medici di Medicina Generale, sulla base delle esigenze dei cittadini, del SSR e delle categorie professionali.
 - b) Prevedere la partecipazione dei Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri delle Province della Regione o loro Delegati alle sedute del Comitato Regionale, ogni qualvolta sono trattati argomenti relativi all'Aggiornamento obbligatorio e Formazione.
 - c) Stabilire che i corsi di aggiornamento e formazione possono essere svolti secondo modalità stabilite a livello aziendale/zonale e con l'attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale per consentire ai Medici di Assistenza Primaria di frequentare i corsi di che trattasi. Specifici Accordi Aziendali/Zonali individueranno le modalità operative, organizzative ed economiche del Servizio di Continuità Assistenziale.
 - d) Stabilire che per le attività di formazione continua obbligatoria accreditata agli Animatori, Tutori e ai Docenti, è corrisposto a cura dell'Azienda/Zona di appartenenza, oltre alle spese effettivamente documentate per le sostituzioni avvenute, un compenso di Euro 36,50 lordo per ciascuna ora di partecipazione alle attività formative ivi comprese quelle di preparazione alla formazione, intesa come progettazione, gestione e valutazione.
 - e) I corsi di cui ai commi precedenti sono a carico del SSR. La Regione destina annualmente alla formazione dei medici di medicina generale ed alle attività ad essa connesse, un finanziamento corrispondente a Euro 130,00 per ciascun medico convenzionato.
 - f) Viene comunque garantito un 30% di formazione obbligatoria a livello locale per specifiche esigenze del territorio.
6. Per le motivazioni sopra esposte, le parti concordano sulla opportunità di realizzare un Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale. Le attività saranno realizzate anche in collaborazione con le Università delle Marche e avranno l'obiettivo generale di garantire ai MMG, compresi quelli in formazione, tutta l'offerta didattica necessaria a sostenere l'aggiornamento, la formazione continua, obbligatoria e specifica, attraverso la:
- a) definizione di indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
 - b) formazione e/o accreditamento dei Medici di Medicina Generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor);
 - c) formazione specifica in Medicina Generale attraverso il Corso Triennale della Formazione in Medicina Generale;
 - d) formazione pre laurea;

- e) promozione di attività di ricerca e sperimentazione in Medicina Generale;
 - f) proposta e coordinamento delle attività di formazione obbligatoria ed ECM della Regione, Aziendale e di Zona, rivolte ai medici di Medicina Generale.
 - g) Individuazione di un sistema di supporto per lo studio e la ricerca di modelli innovativi e di sviluppo della medicina generale, da applicare nel contesto della Regione Marche, a sostegno sia dei livelli di negoziazione regionali (comitato regionale per la medicina generale) che Aziendali/ Zonali, nonché uno sviluppo e sperimentazione di uno specifico management delle Cure Primarie, con riferimento sia alla individuazione delle esigenze espresse dalla categoria, sia alle iniziative attivabili da parte delle diverse Zone Territoriali concernenti gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale.
7. La predetta struttura, al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi del presente Accordo dovrà supportare l'attività dell'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza e della sua rete territoriale (UCAD e Pool di Monitoraggio)
8. I corsi regionali/ aziendali/ zonali della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:
- a) ad obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria;
 - b) ad obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti deontologici e legali;
 - c) all' integrazione tra Territorio ed Ospedale.

PARTE QUARTA
IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO
(La logica dei fondi e della loro gestione)
(ART. 35 – ACN 23/3/05)

ART. 53 - I FONDI

1. L'Accordo Collettivo Nazionale ed il presente AIR prevedono la strutturazione dei seguenti fondi:

- fondo per la ponderazione qualitativa, che accoglie le risorse inerenti l'incremento retributivo di parte fissa (art. 9 tabella C, prima colonna – art. 59 punto A comma 4 dell'ACN) e la quota del fondo costituita dagli assegni resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli medici (art. 59 punto A comma 5). Quest'ultima verrà utilizzata per compensare prioritariamente gli istituti inerenti il sistema dell'appropriatezza (membri di diritto, membri elettivi, coordinatori équipes territoriali ecc.);
- il fondo di cui all'art. 46 dell'ACN che accoglie le risorse inerenti l'incremento retributivo di parte variabile (art. 9 tabella C, seconda colonna), comprensivo del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza (art. 59 punto B commi 1 – 2 – 3 dell'ACN), e della parte inerente il governo clinico nel rispetto dei livelli programmati di spesa (art. 59 punto B, comma 15 dell'ACN).
- fondo regionale per obiettivi aggiuntivi AIR, che accoglie le risorse regionali a tale scopo destinate. Di tale fondo fanno parte le risorse finalizzate all'attività dell'Equipes Territoriali di cui all'art. 18 comma 16 del presente Accordo, incrementato degli eventuali residui accertati derivanti dal Fondo per gli istituti soggetti ad incentivazione.
- fondo aziendale che le zone territoriali dell'ASUR potranno generare a seguito dei recuperi di risorse effettuati mediante la collaborazione dei medici di medicina generale di propria competenza.

2. La gestione di tali fondi avverrà secondo la seguente procedura:

- definizione annuale della capienza dei fondi contestualmente al budget annuale;
- monitoraggio dell'andamento della spesa a cura dell'ASUR congiuntamente al report trimestrale;
- eventuale riequilibrio all'interno dei fondi come stabilito dal successivo comma 3 a cura dell'ASUR, sentito il Comitato Regionale;
- flusso informativo trimestrale verso la Regione.

Il Comitato Regionale, visti i report dell'ASUR, stabilisce:

- a) l'eventuale utilizzo delle eccedenze mediante particolari progetti coerenti con gli obiettivi di sistema;
- b) l'eventuale modalità di riequilibrio delle assegnazioni in caso di richieste eccedenti le assegnazioni stesse.

3. Tali fondi verranno gestiti con la flessibilità prevista dall'art. 59 punto B comma 10 dell'ACN e cioè mediante la compensazione tra gli istituti afferenti il medesimo fondo. La Direzione Generale ASUR può provvedere direttamente a tale compensazione.
4. In tali fasi di gestione e di monitoraggio saranno coinvolti, se necessario e secondo le loro competenze, il Comitato Regionale, le articolazioni territoriali del Comitato Aziendale, i Pool di Monitoraggio, l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza.
5. Le parti si impegnano a dar vita a tutti gli istituti e gli strumenti previsti dall'Accordo Nazionale e dal presente Accordo Regionale, nonché da tutte le azioni programmate nel PAD, funzionali tra l'altro al perseguimento degli obiettivi generali di sistema, adeguandoli, ovviamente, alla specificità della medicina generale mediante lo strumento delle Equipes Territoriali di cui all'art. 18 del presente Accordo.
6. Gli obiettivi prioritari di sistema, da perseguire congiuntamente con la direzione del Servizio Salute, per tutte le categorie mediche della regione, sono sintetizzati come segue:
 - riduzione della spesa farmaceutica per cinque categorie di farmaci a maggior costo rispetto alla media regionale o della zona più virtuosa;
 - riduzione dei ricoveri prevenibili di una quota del differenziale tra la performance della zona e la best performance regionale su base annuale con fattore correttivo legato alla presenza di lungodegenza e residenzialità;
 - implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, concordati con le figure specialistiche coinvolte, nei 5 test diagnostici con più lungo tempo di attesa;
 - partecipazione ai programmi di prevenzione oncologica di cui agli allegati F1,F2,F3 del presente Accordo;
 - partecipazione e collaborazione al governo della mobilità passiva e del ricorso alle strutture private sia nell'area di ricovero che nell'assistenza residenziale.
7. L'obiettivo dell'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e del contenimento della spesa entro limiti sostenibili dal Sistema, in riferimento a compiti e funzioni del medico di Medicina Generale, può essere perseguito sulla base di impostazioni e linee di indirizzo concordate dalle parti in sede di Comitato Regionale Permanente.
8. Gli obiettivi di governo clinico saranno coordinati con gli altri obiettivi di sistema che dovessero essere introdotti dopo l'entrata in vigore del presente Accordo.
9. La realizzazione di tali obiettivi costituisce la principale attività delle Equipes Territoriali, alla cui adesione i medici sono tenuti obbligatoriamente.
10. La quota capitaria attualmente erogata ai sensi dell'art. 59 punto B commi 15 e 16 dell'ACN, dopo l'entrata in vigore del presente AIR, continuerà ad essere erogata ai medici di Assistenza Primaria per l'adesione a tutte le

attività inerenti il raggiungimento degli obiettivi di governo clinico come definite nella impostazione per sistemi del presente AIR.

11. Per la realizzazione degli obiettivi di governo clinico si rimanda a quanto disposto dall'art. 18, commi 17 e 18 del presente AIR, e per le quote previste nel biennio 2007-2008 si precisa che le stesse vengono finanziate tramite il residuo del fondo per gli istituti soggetti ad incentivazione integrato da una quota regionale.
12. Nelle more della sottoscrizione dei piani di lavoro annuale, il Direttore di Zona, sentita l'Articolazione Territoriale del Comitato Aziendale, potrà individuare almeno due obiettivi di sistema che daranno origine a due progetti distrettuali che costituiranno parte integrante del PAD. Il pagamento sarà regolamentato come esposto nei commi precedenti.

ART. 54 – COMPENSI PER SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

Il Comitato Regionale su proposta aziendale, definisce l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sulle assegnazioni a gruppi di medici di budget virtuali o reali e le modalità dell'eventuale erogazione dei compensi.

ART. 55 – LA CONTRATTAZIONE AZIENDALE - ZONALE

Le parti concordano quanto segue:

- la dimensione minima dell'ambito di riferimento delle iniziative contrattuali è il Distretto;
- qualora la validità temporale degli Accordi Aziendali - Zonali fosse diversa da quella del presente Accordo (degli Accordi Regionali), la stessa validità è sottoposta all'approvazione del Comitato Regionale;
- fatti salvi gli Accordi Aziendali - Zonali già in atto stipulati dopo l'entrata in vigore dell'ACN e non in contrasto con quanto stabilito con il presente Accordo, l'articolazione territoriale del Comitato Aziendale individua gli indicatori qualitativi e quantitativi, i parametri di revisione, gli obiettivi sensibili e le condizioni idonee a garantire, sia per i singoli progetti che per l'intero Accordo Aziendale, una adeguata verifica qualitativa e quantitativa in relazione agli obiettivi posti.

ART. 56 – VERIFICHE

Premesso che in ogni caso la spesa per l'attuazione del presente accordo non può superare su base annua quanto riportato in sede di budget nei vari fondi, viene prevista la verifica dello stato di avanzamento dell'utilizzo dei fondi contemporaneamente ai report trimestrali dei budget.

ART. 57 – DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO

Il presente Accordo ha durata sino all'approvazione del nuovo Accordo Integrativo.

Il presente Accordo entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche.

I miglioramenti economici in esso previsti decorrono a far data dalla sua entrata in vigore.

NORMA TRANSITORIA 1 –

Code Contrattuali

(definizione stralcio ART. 25 vecchio AIR - DGR 1536/03)

A risoluzione delle pendenze riferite all'istituto dell'assistenza aggiuntiva previsto dall'art. 25 dell'Accordo Integrativo Regionale approvato con DGRM n. 3161/01, tenuto conto del tetto di spesa costituito dal finanziamento regionale e che nessuna decisione correttiva poteva essere assunta a livello di comitato regionale fino agli esiti del monitoraggio della spesa, le parti concordano, a definizione e stralcio dell'anno 2002 (primo anno di applicazione) di ratificare, con efficacia, ora per allora, le decisioni assunte a livello delle singole Aziende Sanitarie oggi Zone dai comitati aziendali e/o le determinazioni unilateralmente assunte dalle direzioni generali per il pagamento dell'assistenza aggiuntiva, purché, in assenza di fondi aziendali, risulti essere stato interamente speso ed impiegato il finanziamento regionale all'uopo stanziato.

NORMA TRANSITORIA 2

(ART. 9 - presente Accordo)

Entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo le parti concordano di istituire un tavolo tecnico per la definizione dei contingenti minimi della Continuità Assistenziale e del 118 per l'esercizio del diritto di sciopero.

NORMA TRANSITORIA 3

I medici che passano a forme associative più evolute, nelle more degli eventuali rifinanziamenti dei fondi, continuano a percepire il precedente compenso per la precedente forma associativa.

NORMA FINALE 1

(ARTT. 15 e 16 - presente Accordo)

Visto quanto riportato all'art. 15 "Sistema della Residenzialità", le parti concordano di sviluppare le esperienze già presenti nel territorio marchigiano e di programmare un Gruppo di lavoro da attivarsi entro 30 (trenta) giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo con lo specifico obiettivo di supportare e sviluppare, congiuntamente alla Direzione del Servizio Salute, la crescita e la diffusione di ulteriori esperienze di ospedale di Comunità e/o strutture della residenzialità (Hospice, ..) sulla base di una evoluzione innovativa dei modelli già esistenti e ampiamente sperimentati. Inoltre il gruppo di lavoro potrà individuare linee di sviluppo dei commi 6 e 7 dell'art. 16 con particolare riferimento alla "CASA della SALUTE", tenendo conto di indicazioni e/o eventuali linee guida che perverranno dal ministero della Salute.

NORMA FINALE 2

Nel presente Accordo Integrativo Regionale, dove citato "ACN", è da intendersi l'Accordo Collettivo Nazionale per i Medici di medicina generale sancito dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. n° 2272, del 23/03/2005 e pubblicato sul Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE n°134 del 12-06-2006.

NORMA FINALE 3

Il numero 500 riportato in una qualunque parte dell'ACN del 23/03/2005 con riferimento a metà dell'ottimale di cui all'art. 33, comma 9, viene sostituito con il numero 575.

NORMA FINALE 4

(monitoraggio ARTT. 16 e 17 - presente Accordo)

Le attività di cui all'art. 16, comma 3 e art. 17, comma 5 del presente Accordo verranno sottoposte a monitoraggio da parte del Servizio Salute della Regione e lo stesso verrà inviato al Comitato Regionale Permanente. In caso di ritardo nella formulazione del parere della erogazione della indennità di oltre il 25% delle richieste inviate alla Direzione Generale ASUR da parte dei medici che intendono aderire agli incentivi di cui agli artt. 16 e 17, verificatesi nell'arco di 3 (tre) mesi, il Servizio Salute provvederà a vicariare tale funzione.

NORMA FINALE 5

Al fine di realizzare quanto previsto all'art. 52 del presente Accordo (Formazione), la Regione Marche, attraverso il Servizio Salute si impegna ad elaborare un testo di delibera che istituisca il Centro Regionale per la Formazione in Medicina Generale da presentare alla Giunta Regionale entro 15 giorni dalla firma dell'Accordo Integrativo Regionale.

Le parti ribadiscono che quanto sopra esposto costituisce parte integrante dell'AIR.

NORMA FINALE 6

Fermo restando quanto contenuto all'art. 7 comma 3 dell'AIR si ribadisce che quanto normato dall'ACN (specifici singoli richiami, articoli, norme, allegati riferibili a materia di negoziazione regionale) e non espressamente ridefinito dal presente Accordo debba ritenersi confermato ed operativo.

NORMA FINALE 7

Le parti concordano congiuntamente di affrontare su un tavolo paritetico le problematiche assicurative al fine di garantire una copertura assicurativa omogenea su tutto il territorio regionale per quanto di competenza del presente Accordo Integrativo. Il gruppo si avvarrà delle competenze tecniche necessarie. Le parti concordano di attivare il percorso entro settembre 2007.

NORMA FINALE 8

Le parti ribadiscono oltre a quanto riportato all'art. 39, comma 1 del presente Accordo che il vincolo di destinazione d'uso del fondo a risultato sia riferito alla parte corrente ed agli eventuali residui.

NORMA FINALE 9

Attribuzione delle sostituzioni di Continuità Assistenziale

(rivisto a seguito dell'errata corrige di cui all'intesa Stato-Regioni n. 2544 del 16/03/06)

1. Fermo restando quanto disposto dall'ACN in relazione all'oggetto, e dopo aver interpellato i titolari sull'opportunità di ampliare temporaneamente il loro orario fino a 38 ore, al fine di agevolare l'individuazione dei medici da incaricare a tempo determinato nella continuità assistenziale, le Zone Territoriali, almeno due volte l'anno, provvedono ad emanare un avviso

pubblico per l'iscrizione all'elenco dei medici aspiranti alle sostituzioni e agli incarichi a tempo determinato di Continuità assistenziale.

2. Le Zone Territoriali, dopo aver interpellato i medici iscritti nella graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento, provvedono ad interpellare i medici delle categorie seguenti, secondo l'ordine di graduatoria redatta ai sensi dei successivi commi.
3. Le domande, redatte in carta semplice, dovranno essere presentate presso la Zona Territoriale, entro 15 giorni dalla affissione dell'avviso stesso presso gli albi dell'ASUR e della Zona Territoriale che indice l'avviso.
4. La graduatoria sarà redatta secondo le seguenti categorie:
 - a. medici non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione, residenti nella zona territoriale in cui hanno fatto domanda, in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, e non ancora iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche, graduati ai sensi della norma transitoria 4 dell'ACN, secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea
 - b. medici non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione, residenti nella Regione Marche in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, e non ancora iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche, graduati ai sensi della norma transitoria 4 dell'ACN, secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea;
 - c. medici non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione/corso di formazione specifica in medicina generale, residenti nella zona territoriale nella quale hanno fatto domanda, abilitati prima del 31/12/94 (titolo equipollente), e non ancora iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche, graduati ai sensi della norma transitoria 4 dell'ACN, secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea;
 - d. medici non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione/corso di formazione specifica in medicina generale, residenti nella Regione Marche abilitati prima del 31/12/94 (titolo equipollente), e non ancora iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche, graduati ai sensi della norma transitoria 4 dell'ACN, secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea;
 - e. medici residenti nella zona territoriale nella quale hanno fatto domanda, non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione/corso di formazione specifica in medicina generale, graduati secondo i criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento
 - f. medici residenti nella Regione Marche, non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione/corso di formazione specifica in medicina generale, graduati secondo i criteri previsti dall'art. 16

dell'ACN per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento

- g. altri medici non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione/corso di formazione specifica in medicina generale, graduati secondo l'ordine sopra sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle relative categorie, con priorità per i residenti nelle regioni limitrofe;
 - h. medici residenti nella Zona Territoriale presso la quale hanno presentato domanda, iscritti alle scuole di specializzazione universitarie o al corso di formazione specifica in medicina generale, graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. A tal proposito si precisa che, una volta conclusi i corsi di cui sopra, gli stessi potranno, a domanda, essere inclusi nelle relative categorie superiori.
 - i. medici residenti nella regione Marche, iscritti alle scuole di specializzazione universitarie o al corso di formazione specifica in medicina generale, graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. A tal proposito si precisa che, una volta conclusi i corsi di cui sopra, gli stessi potranno, a domanda, essere inclusi nelle relative categorie superiori.
5. I suddetti medici, interpellati per l'assegnazione di turni vacanti, che rifiutino l'assegnazione, verranno d'ufficio cancellati dalla graduatoria.
 6. I medici che hanno accettato turni e che non effettuino personalmente gli stessi, verranno d'ufficio cancellati dalla graduatoria.
 7. La Zona valuterà la durata degli incarichi da attribuire, in relazione alla data di attribuzione degli incarichi vacanti, alla data di conclusione del corso di formazione specifica in medicina generale e ad altre valutazioni di natura congiunturale. I singoli incarichi non potranno in ogni caso essere di durata superiore ai tre mesi.
 8. I medici potranno acquisire al massimo il numero di ore previste dall'ACN, e comunque di norma non potranno essere superate le 38 ore settimanali, ottenute sommando i servizi eventualmente resi a diverse Zone Territoriali, in assenza di altre attività compatibili ai sensi dell'ACN 23/03/2005.

Criteria per la redazione della graduatoria per attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di Continuità Assistenziale/Guardia medica turistica

1	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art. 15,c.12) - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 2 c. 2)	residenti nella Zona territoriale che dovrà conferire l'incarico	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 23/3/05).
		residenti nella Regione Marche	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 23/3/05).
		residenti fuori Regione	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 23/3/05).
2	Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art. 15,c.12 – norma trans. 4) - non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin. 2 c. 4)	residenti nella Zona territoriale che dovrà conferire l'incarico (lett.a)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.b)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
3	Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 2 c. 4)	residenti nella Zona territoriale che dovrà conferire l'incarico (lett.c)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.d)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
4	Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma finale 5) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 2 c. 4)	residenti nella Zona territoriale che dovrà conferire l'incarico (lett.e)	graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento.
		residenti nella Regione Marche (lett.f)	graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento

5	Medici residenti fuori regione - non iscritti a scuole di specializzazioni /corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 2 c. 4)	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe. (lett.g)	
6	Medici iscritti a scuole di specializzazioni /corso di formazione specifica in M.G. - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin. 2 c. 4)	residenti nella Zona territoriale che dovrà conferire l'incarico(lett.h)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.i)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea

Per tutte le categorie deve essere data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato

ALLEGATO A

Ricetta informatizzata

(ART. 13 del presente Accordo)

La Legge 23 dicembre 2005, n. 266, articolo 275, stabilisce che l'accesso all'indennità di collaborazione informatica di ciascun medico è subordinata al riscontro del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche. Il medesimo riscontro viene effettuato mediante il supporto del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) di cui all'articolo 50 della Legge 326/2003.

La Regione Marche con deliberazione della Giunta Regionale n.83 del 25/01/2005, ha stabilito che si iniziava ad utilizzare i nuovi moduli ricetta dal 01/07/2005 riportandone le modalità di utilizzo nella circolare del 21/06/2005 prot. n. 13288.

Per quanto riguarda la compilazione dell'area "priorità della prestazione" presente in ricetta SSN, le parti concordano di rimandare ad un prossimo documento specifico le sue modalità applicative, anche in relazione alla problematica delle liste di attesa, individuando come sede opportuna di confronto quella del Comitato Regionale Permanente.

ALLEGATO B

Profilo di Competenze individuate per la nomina dei Membri di Diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali

- Medico di Medicina Generale con almeno 10 anni di Convenzionamento
- Possedere almeno i 2/3 del massimale ad esclusione delle zone disagiate in cui è necessario possedere almeno il 50% del massimale
- Preferibilmente operare in una delle forme associative della medicina generale
- Preferibilmente operare con ausilio di ITC e personale di studio

- Presentazione di un curriculum da cui si evinca il possesso di competenze organizzativo-gestionali. Particolare rilievo avranno:
 - l'aver ricoperto il ruolo di componente dell' ORA e partecipato alle sue attività e/o il ruolo di componente UCAD e partecipato alle sue attività;
 - la frequenza ed il superamento delle previste prove finali di corsi di management sanitario e/o di organizzazione e programmazione sanitaria;
 - la partecipazione fin dalla fase di progettazione/organizzazione e/o il coordinamento di progetti di particolare rilevanza per lo sviluppo e la innovazione della medicina generale, nonché la realizzazione di modelli di cure territoriali in ambito di residenzialità, domiciliarità, appropriatezza delle cure, corretto uso delle risorse, reti informatiche, ecc.;
 - l'attività di responsabile, per almeno un mandato elettivo, dei livelli zonale/distrettuale, provinciale, regionale di Organizzazioni Sindacali rappresentative ex art. 22 dell'ACN.

ALLEGATO C

Modalità operative di presentazione dei progetti ADI

Le parti concordano nell'articolazione territoriale del Comitato Aziendale la presentazione di progetti di miglioramento dell'ADI.

L'articolazione territoriale del Comitato Aziendale invia al Comitato Regionale la proposta di Sperimentazione, acquisito il parere dell'UCAD per quanto concerne le coerenze con il PAD/PAT ed il rispetto dei livelli di integrazione.

Il Comitato Regionale esprime un parere circa l'ammissibilità della sperimentazione ed in caso positivo invia all'articolazione territoriale del Comitato Aziendale il suo parere eventualmente corredandolo delle osservazioni che ritiene opportuno indicare.

L'articolazione territoriale del Comitato Aziendale dichiara l'inizio della sperimentazione inviando al Pool di Monitoraggio competente per territorio, ex art. 44 punto B del presente Accordo, il progetto per la valutazione e il monitoraggio sia del raggiungimento degli obiettivi che dell'utilizzo delle risorse. Il Pool di Monitoraggio entro i termini indicati dalla sperimentazione, invia all'ORA le valutazioni conclusive. Quest'ultimo organismo invia a sua volta una relazione finale al Comitato Regionale con una valutazione complessiva del progetto.

Il Comitato Regionale propone l'eventuale adozione di una Linea Guida Regionale derivata dalla sperimentazione oggetto di valutazione. Tale Linea Guida va inviata alla Direzione Generale ASUR per la sua eventuale implementazione a livello territoriale.

ALLEGATO D**Ordine di ammissione al corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale**

Ordine di ammissione		Condizione	Graduati secondo	A parità di posizione/ punteggio prevalgono nell'ordine
1	-titolari C.A. nella Reg. Marche -residenti Marche	Medici incaricati di continuità assistenziale a tempo indeterminato nella Reg.Marche e residenti nella Reg. Marche (A.C.N. art 96)	la maggiore anzianità di incarico	a) minore età b) voto di laurea c) anzianità di laurea
2	- titolari C.A ovunque - Residenti Marche	Medici incaricati di continuità assistenziale a tempo indeterminato residenti nella Reg. Marche (A.C.N. art 96)	la maggiore anzianità di incarico	a) minore età b) voto di laurea c) anzianità di laurea
3	-titolari C.A. nella Reg. Marche -Residenti in Comuni appartenenti ad Az.USL limitrofe	Medici incaricati di continuità assistenziale a tempo indeterminato nella Reg. residenti in aziende USL limitrofe (A.C.N. art 96)	la maggiore anzianità di incarico	a) minore età b) voto di laurea c) anzianità di laurea
4	- Iscritti graduatoria della Reg. Marche - Residenti Marche	Medici iscritti nella graduatoria della Reg. Marche degli aspiranti al convenzionamento per la medicina generale vigente e residenti nella Reg. Marche	punteggio in graduatoria	a) minore età b) voto di laurea c) anzianità di laurea
5	- Iscritti graduatoria della Reg. Marche - Residenti ovunque	Medici iscritti nella graduatoria della Reg. Marche degli aspiranti al convenzionamento per la medicina generale vigente residenti fuori Regione	punteggio in graduatoria	a) minore età b) voto di laurea c) anzianità di laurea
6	- Attestato MG corso della Reg. Marche -Residenti Marche	Medici residenti nella Reg. Marche in possesso dell'attestato/diploma di formazione in medicina generale ai sensi del D.Lgs 368/99 conseguito nella Reg. Marche (non ancora iscritti nella graduatoria regionale vigente dei medici aspiranti al convenzionamento per la medicina generale ma aventi titolo)	a) minore età	b) voto di laurea c) anzianità di laurea

Ordine di ammissione		Condizione	Graduati secondo	A parità di posizione/ punteggio prevalgono nell'ordine
7	<ul style="list-style-type: none"> - Attestato MG - Residenti Marche 	<p>Medici residenti nella Reg. Marche in possesso dell'attestato/diploma di formazione specifica in medicina generale ai sensi del D.Lgs 368/99 conseguito fuori Regione (non ancora iscritti nella graduatoria regionale vigente dei medici aspiranti al convenzionamento per la medicina generale ma aventi titolo)</p>	a) minore età	<ul style="list-style-type: none"> b) voto di laurea c) anzianità di laurea
8	<ul style="list-style-type: none"> -Attestato MG corso della Reg. Marche - Residenti ovunque 	<p>Medici in possesso dell'attestato/diploma di formazione in medicina generale ai sensi del D.Lgs 368/99 conseguito nella Reg. Marche residenti fuori Regione (non ancora iscritti nella graduatoria regionale dei medici aspiranti al convenzionamento per la medicina generale ma aventi titolo)</p>	a) minore età	<ul style="list-style-type: none"> b) voto di laurea c) anzianità di laurea
9	<ul style="list-style-type: none"> - Non iscritti Graduatoria MG Reg. Marche - Residenti Marche <p>Incarichi tempo determinato di C.A. e EMG nelle ASL/Zone terr./A.O Regione Marche per almeno 12 mesi negli ultimi 5 anni</p>	<p>Medici residenti nella Reg. Marche non iscritti in graduatoria Reg. Marche dei medici aspiranti al convenzionamento per la medicina generale vigente che hanno svolto incarichi a tempo determinato e di sostituzione di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale ai sensi degli A.C.N. di categoria (ACN 23/3/05 e precedenti) nelle ASL oggi ASUR/Zone territoriali e Az. Osped. della Reg. Marche PER ALMENO 12 MESI NEGLI ULTIMI 5 ANNI</p>	Graduatoria determinata attraverso la valutazione dei titoli di servizio svolti per continuità ed emergenza, secondo quanto disposto dall'art. 16 A.C.N. di categoria del 23/3/2005	<ul style="list-style-type: none"> a) minore età b) voto di laurea c) anzianità di laurea
10	<ul style="list-style-type: none"> - Non iscritti Graduatoria MG Reg. Marche - Residenti Marche <p>Incarico P.S./ Punti primo intervento delle ASL/Zone terr./ A.O. Regione Marche per almeno 12 mesi negli ultimi 5 anni</p>	<p>Medici residenti nella Reg. Marche non iscritti in graduatoria Reg. Marche dei medici aspiranti al convenzionamento per la medicina generale vigente che hanno svolto incarichi/contratti a tempo determinato presso i Pronto Soccorso e i punti di primo intervento delle ASL oggi ASUR/Zone territoriali e Az. Osped. della Reg. Marche PER ALMENO 12 MESI NEGLI ULTIMI 5 ANNI</p>	Graduatoria determinata attraverso la valutazione dei titoli di servizio secondo quanto disposto dalle norme per i dipendenti	<ul style="list-style-type: none"> a) minore età b) voto di laurea c) anzianità di laurea

Ordine di ammissione		Condizione	Graduati secondo	A parità di posizione/punteggio prevalgono nell'ordine
11	-Non iscritti Graduatoria MG Regione -Residenti Marche -Non dipendenti non convenzionati a tempo indeterminato. -	Medici residenti nella Reg. Marche, non iscritti in graduatoria Reg.Marche dei medici aspiranti al convenzionamento per la medicina generale vigente, non dipendenti a tempo indeterminato non titolari di convenzionamento a tempo indeterminato	a) minore età	b) voto di laurea c) anzianità di laurea

Nota esplicativa ai criteri di selezione per il corso dell'emergenza

I criteri guida seguiti per la redazione dell'ordine di ammissione di cui sopra, sono i seguenti:

- per le categorie individuate con i numeri da 1 a 5 è stato applicato quanto stabilito dall' art. 96 del ACN sopra citato, dando priorità ai medici residenti nella Regione Marche.
Ciò nel rispetto di quanto stabilito dal medesimo articolo, ma anche in analogia a quanto stabilito negli articoli 34, 63 e 92 dell'ACN inerenti l'attribuzione degli ambiti/incarichi carenti di assistenza primaria, continuità assistenziale e emergenza, per i quali vengono attribuiti punteggi aggiuntivi ai medici residenti nella Regione Marche ed in particolare a coloro che risiedono nelle stesse località dichiarate carenti/vacanti;
- i medici individuati nelle categorie con i numeri da 6 ad 8 - medici in possesso di Attestato/Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs 368/99 - sono assimilati agli iscritti in graduatoria in quanto pur non essendo ancora iscritti sono già in possesso dei requisiti per l'iscrizione. E' stata data priorità ai medici residenti nella Regione Marche, per le medesime motivazioni espresse nel punto precedente;
- i medici individuati nelle categorie con i numeri 9 e 10 sono medici che con diverse tipologie contrattuali hanno prestato attività a tempo determinato (negli ultimi 5 anni, per almeno 12 mesi) nel servizio di Continuità Assistenziale e/o nel sistema dell'Emergenza - Urgenza o nel Pronto Soccorso delle ASL oggi ASUR/Zone Territoriali e Az. Ospedaliere della Regione Marche. L'ammissione è riservata ai soli medici residenti nella Regione Marche;
- i medici individuati nella categoria n. 11 sono medici non dipendenti, né convenzionati a tempo indeterminato, interessati ad acquisire il titolo a copertura dei posti disponibili. L'ammissione è riservata ai soli medici residenti nella Regione Marche.

1. I requisiti, ad eccezione della residenza, devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione;

la residenza nella Regione Marche deve essere posseduta alla data di pubblicazione dell'avviso per la presentazione della domanda.

2. In analogia con quanto previsto dall'ACN del 23/3/05 - articolo 16 "titoli per la formazione delle graduatorie" (comma 10) e articolo 92 "individuazione e attribuzione incarichi" (comma 6) in caso di pari posizione/graduatoria i medici sono graduati nell'ordine di minore età , voto di laurea ed anzianità di laurea.
3. Sono esclusi dalla partecipazione i medici già in possesso di attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale e i medici che sono iscritti a scuole universitarie di specializzazione o al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 368/99 e successive modifiche e integrazioni;
 - a. l'ammissione degli aspiranti al corso avviene, fino a copertura dei posti disponibili, secondo ordine di ammissione al corso con preferenza per i medici residenti nella regione Marche;
 - b. il corso e gli esami finali si svolgono sulla base del programma formativo e delle disposizioni approvate dalla Giunta regionale;
 - c. al termine del corso, ai medici che conseguiranno il giudizio di idoneità dinanzi ad apposita Commissione d'esame, verrà rilasciato il relativo attestato di formazione, secondo il modello approvato dalla Giunta regionale;
 - d. i medici partecipanti debbono essere coperti da polizza assicurativa per i Rischi Professionali e gli Infortuni connessi all'attività di formazione. Le relative polizze sono stipulate direttamente dai partecipanti con onere a loro carico;
 - e. la Regione può prevedere una partecipazione alla spesa da parte dei medici in formazione determinando l'ammontare della quota di partecipazione. Tale quota corrisposta dal medico per la partecipazione al corso, sarà rimborsata allo stesso dalla Zona Territoriale dell'ASUR presso la quale acquisirà il convenzionamento a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale. Il rimborso sarà effettuato di norma entro sei mesi a decorrere dalla data di convenzionamento;
 - f. i medici appartenenti alle categorie dalla n. 6 alla n. 11, ammessi a frequentare il corso e che conseguiranno l'idoneità allo svolgimento dell'attività di emergenza, potranno acquisire il convenzionamento a tempo indeterminato solo a seguito dell'entrata in possesso dei requisiti di cui all'art. 92 dell'ACN di categoria. Si precisa in proposito che l'art. 92, commi 4 e 5 dell'ACN sopra citato stabilisce che oltre all'apposito Attestato di Idoneità all'Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 96, per accedere al convenzionamento a tempo indeterminato è necessario essere inclusi nella graduatoria regionale dei medici aspiranti al convenzionamento per l'anno in corso di cui al medesimo ACN.

ALLEGATO E

Acquisizione dichiarazioni di consenso al trattamento dei dati personali (ARTT. 76 e 81 - D.Lgs. 196/03)

1. Premessa e scopo

Il presente documento prende in esame criticità ed opzioni, al fine della acquisizione in tempi rapidi del consenso al trattamento dei dati personali di ogni cittadino marchigiano, indispensabile per ottenere gran parte delle prestazioni, attivando un processo uniforme in tutte le strutture dell'ASUR.

Dopo le prime riflessioni, emergono in particolare due esigenze che, seppure non vincolanti, possono condizionare fortemente sia la rapidità sia l'efficacia dell'acquisizione del consenso.

In primo luogo, fermo restando che la banca dati ideale è l'Anagrafe Assistiti, appare comunque necessario inserire tutte le dichiarazioni di consenso al trattamento, mano a mano che vengono raccolte, in banche dati consultabili on-line, anche allo scopo di evitare di richiedere più volte allo stesso cittadino la medesima dichiarazione.

Vale la pena di ricordare che, al momento, nelle Zone Territoriali non c'è omogeneità di applicativi per quanto riguarda l'Anagrafe Assistiti; è pertanto necessario verificare la fattibilità di interventi sugli applicativi esistenti a costi contenuti.

In secondo luogo, appare importante raggiungere un accordo con i Medici di medicina generale (MMG) ed i Pediatri di libera scelta (PLS) per la raccolta delle dichiarazioni, con le modalità più avanti specificate, sia per accelerare le operazioni di raccolta dati sia in un'ottica di unicità del Sistema Sanitario Regionale.

2. Temi e opzioni operative

In questo paragrafo sono evidenziate le varie problematiche e le opzioni attuative, con riferimento alla diffusione delle informazioni legate all'esercizio del diritto alla tutela, alla raccolta, alla tipologia di informativa e scheda unica di dichiarazione.

La diffusione delle informazioni va intesa come "promozionale": da un lato, per i cittadini al fine dell'esercizio consapevole di un diritto soggettivo, dall'altro, per i dipendenti al fine della conoscenza e per la migliore tutela dei cittadini.

2.1. Diffusione delle informazioni

Per informare i cittadini sulla raccolta delle dichiarazioni, sarà predisposto un testo di divulgazione riepilogativo che contenga, con linguaggio semplificato, tutte le informazioni indispensabili ed in particolare:

- i diritti di ogni cittadino circa il trattamento dei dati individuali
- i problemi collegati all'eventuale diniego del consenso

- i trattamenti che possono essere comunque effettuati anche in mancanza del consenso
- i luoghi di raccolta delle dichiarazioni

Tale testo potrà essere poi riprodotto su supporti cartacei e virtuali, e proposto con vari mezzi di comunicazione, manifesti e opuscoli, comunicati stampa, siti internet, ecc., per la più ampia diffusione all'interno e all'esterno delle strutture ASUR/Zone territoriali.

L'attività informativa avverrà, attraverso gli strumenti mediatici più opportuni (manifesti, opuscoli, spot video, ecc.), nelle strutture amministrative e sanitarie delle Zone Territoriali, individuate di massima come segue:

- Direzione di Zona e Amministrazione,
- Direzioni dei Distretti ed, in particolare, Anagrafe assistiti, Sportello della salute o Accettazione unica territoriale, Centri unici di Prenotazione,
- Direzioni ospedaliere ed, in particolare, Accettazione ricoveri, Unità Operative dei servizi e delle degenze, Poliambulatori, ecc.
- Studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

E' ipotizzabile l'invio del materiale informativo a tutto il personale dipendente, in occasione dell'invio a domicilio della busta-paga, nonché l'invio di manifesti informativi ai Comuni delle Marche, per l'affissione all'interno delle loro strutture.

2.2. Luoghi di raccolta delle dichiarazioni, incaricati e flussi

I luoghi di raccolta delle dichiarazioni di consenso sono sostanzialmente tre:

- Gli sportelli di front office delle Zone territoriali
- Gli ambulatori delle Zone territoriali, per le branche di libero accesso nel caso in cui il paziente non abbia usufruito di un servizio di sportello
- Gli studi dei MMG o PLS

Le dichiarazioni rese agli operatori degli sportelli ASUR/Zone possono essere raccolte indifferentemente da qualsiasi operatore in servizio, comunque individuato dal responsabile della struttura di riferimento.

Nei tabulati inviati ogni mese a ciascun MMG o PLS, dovranno essere evidenziati i pazienti che hanno espresso il consenso, raccolto dalle strutture ASUR/Zone, sia al trattamento dei dati sia al flusso dei dati tra strutture del SSR e MMG/PLS.

Per evitare ai cittadini il disagio di dover esprimere il consenso in occasione di ogni prestazione fruita presso le sedi del SSR si può

prevedere la predisposizione di un timbro di cui dovranno essere dotati gli Uffici individuati come possibili “recettori” del consenso



Le dichiarazioni devono essere condivise, in primo luogo all'interno dell'organizzazione ASUR, attraverso i sistemi informativi, e tra Operatori ASUR-MMG-PLS- per lo scambio reciproco delle dichiarazioni raccolte.

Da un lato quindi i MMG e PLS trasmetteranno agli uffici competenti della propria Zona l'avvenuta acquisizione del consenso per ogni assistito, dall'altro ogni Zona trasmetterà ad ogni MMG o PLS l'avvenuta acquisizione del consenso relativa agli assistiti di pertinenza (concordando sistemi snelli ed efficienti per la trasmissione).

2.3. La raccolta delle dichiarazioni e l'archiviazione

Le dichiarazioni saranno raccolte su supporto cartaceo (Allegato 2 - Schema unico di raccolta della dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali) con firma autografa dell'interessato.

Lo schema unico è preferibilmente generato in due esemplari (uno da trattenere dall'ASUR/Zona ed uno da inviare al MMG/PLS interessato), dai sistemi informativi, già completo nella parte anagrafica, che registrano in automatico l'avvenuta dichiarazione.

Le dichiarazioni raccolte con il solo supporto cartaceo saranno trasferite nella/e banca/banche dati che gli informatici avranno allo scopo strutturato, a cura dell'operatore che ha raccolto la dichiarazione.

La raccolta delle dichiarazioni deve rispondere a due aspetti fondamentali:

- ottenere una dichiarazione scritta di consenso al trattamento
- inserire l'avvenuta acquisizione del consenso nella/e banca/banche dati a disposizione per la consultazione di tutti gli operatori abilitati, evitando di chiedere più volte il consenso a chi lo abbia già espresso.

L'apposizione del timbro “ASUR/CONSENSO PRIVACY” sui documenti cartacei velocizza i flussi.

Gli applicativi attivati nei vari sistemi informativi delle Zone devono in ogni caso garantire la registrazione e la consultabilità on-line dell'avvenuta acquisizione della dichiarazione. Il sistema informativo dovrà evidenziare almeno i seguenti dati:

- L'avvenuta acquisizione (si/no) del consenso o del diniego al trattamento dei dati
- Il soggetto (Operatore ASUR o MMG o PLS) che ha acquisito la dichiarazione e che provvederà all'archiviazione del cartaceo

- La data (registrata in automatico) della acquisizione della dichiarazione
- La registrazione dell'assenso o del diniego sul libretto individuale del Servizio Sanitario Regionale.

Le procedure informatiche predisposte sono esplicitate nell'Allegato 1.

L'archiviazione delle dichiarazioni scritte di consenso può avvenire nei seguenti modi, tenendo conto dell'organizzazione della Zona:

- Restano conservate nell'archivio di chi ha provveduto alla raccolta (singolo sportello, qualora conservi direttamente le proprie pratiche; MMG o PLS)
- Sono conferite all'archivio centralizzato della Zona Territoriale di competenza
- Sono archiviate su disco ottico.

2.4. Informativa e Schema unico di dichiarazione

In considerazione dei diversi titolari che ogni cittadino autorizza (o non autorizza) al trattamento dei propri dati, è necessario predisporre un unico modello per l'informativa e la raccolta delle dichiarazioni di consenso.

Tale modello, strutturato secondo l'allegato 2, deve contenere, in particolare:

- l'informativa sul trattamento dei dati personali, ex art. 13 Codice Privacy
- l'autorizzazione al trattamento dei dati specifica per il MMG o PLS
- l'autorizzazione al trattamento dei dati specifica per l'ASUR
- l'autorizzazione esplicita allo scambio reciproco dei dati personali oggetto del trattamento tra ASUR e MMG-PLS.

Per i cittadini, l'informativa e lo schema unico di dichiarazione dovranno essere scaricabili dai siti internet dell'ASUR/Zona, con le indicazioni necessarie alla compilazione e alla consegna agli sportelli competenti della Zona.

3. Formazione operatori di front-office

Per gli incaricati alla raccolta delle dichiarazioni di consenso al trattamento dei dati personali, vale a dire il personale al pubblico, come individuato al precedente punto 2.2., sono previste adeguate sessioni formative della durata di circa 3 ore.

Tali sessioni avranno luogo nelle rispettive Zone Territoriali, a cura dei Referenti Privacy. I contenuti della formazione riguarderanno in particolare:

- Aspetti generali relativi all'informativa ed al consenso privacy e schemi adottati
- Procedure di registrazione, archiviazione e flussi delle dichiarazioni di consenso

ALLEGATO E1

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ex art. 13 del Codice della Privacy)

Gentile sig./sig.ra, La informiamo che esiste un accordo tra il Suo medico/pediatra di famiglia e l'A.S.U.R. per facilitare l'esercizio dei Suoi diritti in materia di privacy.

La normativa prevede infatti che il Suo MMG/PLS e l'A.S.U.R. debbano avere il Suo consenso per utilizzare i dati personali che La riguardano.

Nel modulo che Le darà il Suo MMG/PLS, oppure che Le verrà fornito dalle strutture dell'A.S.U.R. Lei potrà esprimere, mediante la Sua firma, il consenso per entrambi e anche per le possibili comunicazioni tra il MMG/PLS e l'A.S.U.R.; potrà cioè autorizzare l'uso dei Suoi dati, sia nell'ambulatorio del Suo MMG/PLS, sia nelle strutture/servizi dell'A.S.U.R. evitando così di ripetere ogni volta questa procedura (salvo casi in cui l'A.S.U.R. potrà richiederLe nuovamente il consenso, o integrazione dello stesso per sua maggiore tutela, come, ad esempio, nel caso di un Suo ricovero presso le strutture ospedaliere dell' A.S.U.R.).

1. Fonte e natura dei dati personali

I Suoi dati personali, ovverosia le informazioni che riguardano la Sua persona, sono stati/sono/saranno raccolti direttamente presso di Lei o presso altri soggetti parimenti legittimati. In relazione alla Sua persona, i Suoi dati potranno essere:

- dati personali comuni (es. dati anagrafici, generalità);
- dati personali sensibili dai quali possono desumersi informazioni, tra l'altro, sullo stato di salute, sulla vita sessuale, sull'origine razziale ed etnica.

2. Finalità del trattamento

I Suoi dati personali, comuni e sensibili, sono e saranno trattati, nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio, secondo le seguenti finalità:

- a. finalità connesse alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a tutela della salute e dell'incolumità fisica dei pazienti, nonché in ottemperanza agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria;
- b. finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con i pazienti e agli adempimenti amministrativo-contabili connessi alla gestione delle attività istituzionali;
- c. finalità connesse alla gestione del rischio clinico;
- d. finalità connesse alla comunicazione dei Suoi dati tra l'A.S.U.R. ed il Suo MMG/PLS;
- e. finalità connesse alla ricerca scientifica, statistica epidemiologica e per la formazione (in questo caso i Suoi dati saranno utilizzati solo in forma anonima);

3. Modalità del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali avviene in forma manuale, informatica e telematica, secondo logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, mediante l'adozione di misure di sicurezza in grado di garantire che solo il personale autorizzato possa conoscerli (Responsabili ed Incaricati del trattamento dei dati personali). Per quanto specificamente concerne il trattamento dei Suoi dati personali da parte del Suo MMG/PLS, La informiamo che i Suoi dati potranno essere trattati altresì da altro personale di studio, compresi i tirocinanti o da sostituti oppure, ove strettamente necessario, da altri soggetti che partecipano al percorso di cura (medicina di gruppo, medicina di rete, medicina in associazione).

4. Natura del conferimento dei dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto di rispondere

Il conferimento dei Suoi dati personali, comuni e sensibili, è necessario per adempiere le finalità sopra indicate al punto 2. In relazione alle suddette finalità, l'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati sopra riportati e/o il mancato consenso al loro trattamento potrebbe comportare, a seconda della apposizione o meno della Sua firma sul modulo di consenso:

- a. l'impossibilità per l'A.S.U.R. di erogare nei Suoi confronti la prestazione sanitaria richiesta e, in generale, di adempiere agli obblighi connessi alla tutela della Sua salute;
- b. l'impossibilità per il MMG/PLS di erogare nei Suoi confronti la prestazione sanitaria richiesta e, in generale, di adempiere agli obblighi connessi alla tutela della Sua salute;
- c. l'impossibilità di reciproca comunicazione dei suoi dati tra il Suo MMG/PLS e l'A.S.U.R. per finalità connesse alla tutela della Sua salute.

Quanto sopra, fatta salva la possibilità di avvalersi delle previsioni di cui agli artt. 24, 26 e 82 del Codice Privacy, che consentono il trattamento dei Suoi dati personali a prescindere dal Suo consenso (es. in caso di urgenza).

5. Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati

Nello svolgimento della loro attività ed esclusivamente per il perseguimento delle finalità di cui sopra, il Suo MMG/PLS e l'A.S.U.R. potrebbero dover comunicare i Suoi dati a soggetti terzi, pubblici e privati (secondo le norme di legge e di regolamento), quali:

- organismi sanitari pubblici;
- organismi sanitari privati (es. cliniche private, laboratori analisi, etc.);
- organismi sanitari di controllo;
- amministrazioni dello Stato;
- enti pubblici;
- enti territoriali;
- enti di assistenza e previdenza;
- enti assicurativi e compagnie di assicurazione;
- autorità di pubblica sicurezza e autorità giudiziaria;

6. Ambito di diffusione dei dati

I dati personali concernenti il Suo stato di salute non sono e non saranno oggetto di diffusione (intendendosi per tale, l'attività consistente nel dare conoscenza dei dati personali a soggetti indeterminati), fatta salva l'ipotesi di diffusione necessaria per finalità di prevenzione, accertamento o repressione di reati, con l'osservanza delle norme che regolano la materia.

7. Diritti dell'interessato

La informiamo, inoltre, che l'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 Le conferisce specifici diritti: Lei può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di Suoi dati personali e che tali dati vengano messi a Sua disposizione; può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui basa il trattamento; può ottenere l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati ed opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Per esercitare i Suoi diritti, si potrà rivolgere direttamente alla ASUR o al Suo MMG/PLS.

8. Titolari e Responsabili del trattamento

Titolari del trattamento sono:

l'A.S.U.R. - Azienda Sanitaria Unica Regionale, con sede in Ancona, Via Caduti del Lavoro, n. 40, in persona del Suo legale rappresentante;

il Suo medico di medicina generale o il Suo pediatra di libera scelta.

L'elenco dei Responsabili e degli Incaricati del trattamento dei dati è disponibile presso la singola Zona Territoriale di riferimento o presso il Suo medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

ALLEGATO E2
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(per maggiorenni e capaci)

**DI SEGUITO TROVERÀ LA FORMULA DEL CONSENSO: IL FOGLIO
CONTIENE 3 OPZIONI DI CONSENSO SEPARATE
(UNA PER L’A.S.U.R., UNA PER IL SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE
O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA; UNA PER I FLUSSI DI COMUNICAZIONE TRA
L’A.S.U.R. ED IL SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA
SCELTA).**

Il/La sottoscritto/a

_____ ,
ricevuta l’informativa di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003,

- conferisce il consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati, secondo le finalità e le modalità indicate nell’informativa, prendendo atto che il consenso così manifestato avrà validità per ogni prestazione sanitaria ed attività correlata eseguita dalla A.S.U.R.:

[SI] [NO]

- conferisce il consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati, secondo le finalità e le modalità indicate nell’informativa, prendendo atto che il consenso così manifestato avrà validità per ogni prestazione sanitaria ed attività correlata eseguita dal Suo medico di medicina generale o pediatra di libera scelta:

[SI] [NO]

- **conferisce il consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati, secondo le finalità e le modalità indicate nell’informativa, al fine di permettere il flusso di informazioni tra l’ A.S.U.R. e il Suo medico di medicina generale o pediatra di libera scelta:**

[SI] [NO]

_____ , li _____

Firma dell’interessato

ALLEGATO E3
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(per minorenni, inabilitati ed interdetti)

Dichiarazione Sostitutiva di Atto Di Notorieta'

Il/la sottoscritto/a _____, nato il _____,
a _____, residente in _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445/00, dichiara, sotto la propria responsabilità: di esercitare la potestà genitoriale nei confronti del minore sottoindicato;

Firma del dichiarante

Si allega copia del documento di identità del genitore.

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

Il/la sottoscritto/a _____, nato il _____,
a _____, residente in _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445/00, dichiara, sotto la propria responsabilità: di essere il legale rappresentante (tutore, curatore...) dell'interessato sottoindicato.

Firma del dichiarante _____

Si allegano copia del documento di identità del tutore/curatore..... e copia

Il/La sottoscritto/a _____,

ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003,

- conferisce il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati di _____, secondo le finalità e le modalità indicate nell'informativa, prendendo atto che il consenso così manifestato avrà validità per ogni prestazione sanitaria ed attività correlata eseguita dalla A.S.U.R.:

[SI] [NO]

- conferisce il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati di _____, secondo le finalità e le modalità indicate nell'informativa, prendendo atto che il consenso così manifestato avrà validità per ogni prestazione sanitaria ed attività correlata eseguita dal Suo medico di medicina generale o pediatra di libera scelta:

[SI] [NO]

- **conferisce il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati di _____, secondo le finalità e le modalità indicate nell'informativa, al fine di permettere il flusso informativo tra l' A.S.U.R. e il Suo medico di medicina generale o pediatra di libera scelta**

[SI] [NO]

_____, li _____

Firma dell'interessato

ALLEGATI F – PROGRAMMI DI SCREENING

ALLEGATO F 1

PROTOCOLLO DI INTESA RELATIVO ALLA PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE AL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA CERVICЕ UTERINA

Considerato che la Regione Marche nel rispetto del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 di cui all'accordo Stato-Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 intende consolidare il programma di screening per la prevenzione del tumore della cervicе uterina già avviato ed attuato tramite offerta attiva del pap-test a donne di età compresa tra 25-64 anni residenti sul territorio regionale;

Ritenuto che il Medico di Medicina Generale (MMG), in considerazione del rapporto fiduciario derivante dalla libera scelta dell'assistita, rappresenti il punto di contatto privilegiato tra la stessa assistita e le prestazioni offerte nell'ambito dei programmi di screening;

Ritenuto che la partecipazione attiva dei medici di medicina generale ai programmi di screening garantisce il raccordo tra la valenza di comunità dei programmi e l'adesione e partecipazione dei singoli soggetti costituendo inoltre un requisito necessario per una corretta gestione del percorso diagnostico terapeutico;

La Zona Territoriale (Z.T.) n°..... - , nella persona del legale rappresentante

dr.....

e

Le rappresentanze dei medici di medicina generale nelle persone

di.....

CONVENGONO QUANTO SEGUE:

Art. 1)

Tutti i medici di medicina generale che assistono le residenti dei Comuni della Z.T. n°....., concordano di aderire al programma di screening svolgendo le seguenti funzioni:

A) Sensibilizzazione/Informazione generale ed individuale alla popolazione sulla importanza dello screening.

Tale funzione avviene attraverso:

- l'affissione/distribuzione di materiale informativo ufficiale in sala di attesa;
- la individuazione del Medico curante quale inviante della lettera di invito, sollecito e reinviato (colposcopia)

B) Counselling.

Tale attività si eserciterà sulle:

- assistite risultate positive al pap-test e indirizzate agli accertamenti per la conferma diagnostica;
- assistite risultate positive all'approfondimento diagnostico (la colposcopia).

C) Gestione delle non responder alla colposcopia.

Tale attività si eserciterà attraverso il sollecito attivo, tramite telefonata, delle assistite risultate positive al test di screening (pap-test) che non si presentano all'appuntamento per l'esecuzione della colposcopia, sulla base di un listato fornito periodicamente dalla Segreteria Organizzativa Screening.

D) Collaborazione ed integrazione con tutte le figure professionali.

Tale attività si attiva su tutte le figure che intervengono nell'eventuale trattamento attraverso il ritorno informativo, garantito periodicamente dalla Segreteria Organizzativa Screening, dell'elenco dei propri assistiti aderenti con i relativi esiti degli esami a cui si sono sottoposti.

Art. 2)

Ai medici, che aderiscono alla campagna di screening, la Zona Territoriale si impegna a riconoscere per le funzioni di cui sopra un compenso concordato di Euro ...

La stima dei costi è basata sulla letteratura che evidenzia come: l'adesione all'approfondimento diagnostico, la colposcopia per citologia ASCUS o più grave sia pari all'86% (Osservatorio Nazionale Screening – 4°rapporto, dicembre 2005).

Art. 3)

La Zona Territoriale n° si impegna a fornire

- a tutti i medici di medicina generale, che assistono la popolazione soggetta a screening, il materiale informativo sulle modalità di svolgimento della campagna;
- a tutti i medici di medicina generale, in quanto aderenti alla campagna di screening, l'elenco delle assistite non aderenti, l'elenco delle assistite aderenti con i relativi esiti degli esami a cui si sono sottoposte.

Art.4)

La Zona Territoriale n° si impegna, a promuovere specifiche iniziative formative sul programma di screening della cervice uterina rivolte ai medici di medicina generale, avendole previamente concordate con le rappresentanze dei medesimi e con il livello regionale, in particolare modo con il Gruppo Tecnico Scientifico Screening del tumore della cervice uterina.

Art. 5)

Le parti concordano di valutare, le modalità di ulteriore coinvolgimento a fronte dei risultati raggiunti sulla base di un programma concordato.

ALLEGATO F 2

PROTOCOLLO DI INTESA RELATIVO ALLA PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE AL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE AL COLON-RETTO

Considerato che la Regione Marche nel rispetto del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 di cui all'accordo Stato-Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 intende: avviare il programma di screening per la prevenzione del tumore del colon-retto, attuato tramite test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, identificando come popolazione bersaglio i soggetti con età compresa fra 50 e 69 anni sia residenti sul territorio regionale sia non residenti ma iscritti al SSR in modo temporaneo, in pratica le persone straniere aventi il tesserino "STP";

Ritenuto che il Medico di medicina generale (MMG), in considerazione del rapporto fiduciario derivante dalla libera scelta dell'assistito, rappresenti il punto di contatto privilegiato tra lo stesso assistito e le prestazioni offerte nell'ambito dei programmi di screening;

Ritenuto che la partecipazione attiva dei medici di medicina generale ai programmi di screening garantisce il raccordo tra la valenza di comunità dei programmi e l'adesione e partecipazione dei singoli soggetti costituendo inoltre un requisito necessario per una corretta gestione del percorso diagnostico terapeutico;

La Zona Territoriale (Z.T.) n°..... - , nella persona del legale rappresentante

dr.....

e

Le rappresentanze dei medici di medicina generale nelle persone

di.....

CONVENGONO QUANTO SEGUE:

Art. 1)

Tutti i medici di medicina generale che assistono i residenti dei Comuni della Z.T. n°....., e gli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) concordano di aderire al programma di screening svolgendo le seguenti funzioni:

A) Individuazione degli assistiti eleggibili ("pulizia delle liste").

La segreteria organizzativa screening invia a ciascun medico di medicina generale la lista dei propri assistiti eleggibili per età.

Il MMG opera un controllo per:

- verificare che i soggetti inclusi nella lista siano effettivamente candidati allo screening sulla base dei criteri di esclusione temporanea e definitiva stabiliti a livello regionale;
- indirizzare gli assistiti a rischio medio-elevato a seguire protocolli specifici di screening individuandoli sulla base dei criteri che verranno inviati congiuntamente alle liste da "pulire".

Il MMG restituisce la lista con i motivi di esclusione alla Segreteria Organizzativa screening entro 30 giorni dalla ricezione.

A) Sensibilizzazione/Informazione generale ed individuale alla popolazione sulla importanza dello screening.

Tale funzione avviene attraverso:

- l'affissione/distribuzione di materiale informativo ufficiale in sala di attesa;
- la individuazione del Medico curante quale inviante della lettera di invito, sollecito e reinviato (colonscopia).

C) Counselling.

Tale attività si eserciterà sugli:

- assistiti risultati positivi al test e indirizzati agli accertamenti per la conferma diagnostica;
- assistiti risultati positivi agli approfondimenti diagnostici.

D) Individuazione e gestione delle controindicazioni alla colonscopia.

Tale attività si eserciterà attraverso:

- il supporto all'assistito nella compilazione di un questionario predisposto a livello regionale;
- il raccordo, quando necessario, con il gastroenterologo per concordare il deferimento definitivo o temporaneo dell'esame coloscopico del proprio assistito con problemi.

E) Gestione dei non responder alla colonscopia.

Tale attività si eserciterà attraverso il sollecito attivo, tramite telefonata, degli assistiti risultati positivi al test di screening che non si presentano all'appuntamento per l'esecuzione della colonscopia, sulla base di un listato fornito periodicamente dalla Segreteria Organizzativa Screening.

F) Collaborazione ed integrazione con tutte le figure professionali.

Tale attività si attiva su tutte le figure che intervengono nell'eventuale trattamento attraverso il ritorno informativo, garantito periodicamente dalla Segreteria Organizzativa Screening, dell'elenco dei propri assistiti aderenti con i relativi esiti degli esami a cui si sono sottoposti.

Art. 2) Ai medici, che aderiscono alla proposta della campagna di screening, la Zona Territoriale si impegna a riconoscere per le funzioni **A - D - E** richieste che esigono uno specifico impegno un compenso concordato:

- Euro ... per assistito in età bersaglio (tra i 50 e i 69 anni) da corrispondere alla restituzione delle liste degli assistiti con indicazione dei:
 - a. soggetti esclusi temporaneamente;
 - b. soggetti a "rischio medio-elevato";
- Euro ... per assistito, positivo alla ricerca del sangue occulto fecale, che "viene aiutato" nell'accesso al II° livello di screening attraverso la compilazione del questionario e il raccordo, quando necessario, con il medico del Centro Endoscopico, da corrispondere alla restituzione dei questionari compilati.

La stima dei costi è basata sulla letteratura e le esperienze di altre Regioni italiane che hanno evidenziato come: circa il 50% delle persone che ricevono la lettera di invito accetta di sottoporsi al test di I° livello, la ricerca del sangue occulto fecale; di tale popolazione il 5,3% in media presenta positività per tale test; l'adesione all'approfondimento diagnostico, la pancolonscopia, sfiora in media il 79.7%.

Art. 3) La Zona Territoriale n° si impegna a fornire

- a tutti i medici di medicina generale, che assistono la popolazione soggetta a screening, il materiale informativo sulle modalità di svolgimento della campagna;
- a tutti i medici di medicina generale, in quanto aderenti alla campagna di screening, le liste dei propri assistiti in età bersaglio con indicazione delle motivazioni di esclusione temporanea o permanente risultanti dalla procedura di record-linkage tra banche dati regionali: “anagrafe assistiti, SDO e “specialistica ambulatoriale”;
- a tutti i medici di medicina generale, in quanto aderenti alla campagna di screening, l’elenco degli assistiti non aderenti, l’elenco degli assistiti aderenti con i relativi esiti degli esami a cui si sono sottoposti.

Art.4) La Zona Territoriale n° si impegna, a promuovere specifiche iniziative formative sul programma di screening rivolte ai medici di medicina generale, avendole previamente concordate con le rappresentanze dei medesimi e con il livello regionale, in particolare modo con il Gruppo Tecnico Scientifico Screening del tumore del colon-retto.

Art. 5) Le parti concordano di valutare, al termine della fase sperimentale della campagna di screening di cui al presente protocollo, le modalità di ulteriore coinvolgimento a fronte dei risultati raggiunti sulla base di un programma concordato.

**ALLEGATO F 3
PROTOCOLLO DI INTESA RELATIVO ALLA PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI
MEDICINA GENERALE AL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE
DEL TUMORE DELLA MAMMELLA**

Considerato che la Regione Marche nel rispetto del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 di cui all'accordo Stato-Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 intende consolidare il programma di screening per la prevenzione del tumore della mammella già avviato ed attuato tramite offerta attiva della mammografia a donne di età compresa tra 50-69 anni residenti sul territorio regionale;

Ritenuto che il Medico di Medicina Generale (MMG), in considerazione del rapporto fiduciario derivante dalla libera scelta dell'assistita, rappresenti il punto di contatto privilegiato tra la stessa assistita e le prestazioni offerte nell'ambito dei programmi di screening;

Ritenuto che la partecipazione attiva dei medici di medicina generale ai programmi di screening garantisce il raccordo tra la valenza di comunità dei programmi e l'adesione e partecipazione dei singoli soggetti costituendo inoltre un requisito necessario per una corretta gestione del percorso diagnostico terapeutico;

La Zona Territoriale (Z.T.) n°..... - , nella persona del legale rappresentante

dr.....

e

Le rappresentanze dei medici di medicina generale nelle persone

di.....

CONVENGONO QUANTO SEGUE:

Art. 1) Tutti i medici di medicina generale che assistono le residenti dei Comuni della Z.T. n°....., concordano di aderire al programma di screening svolgendo le seguenti funzioni:

B) Sensibilizzazione/Informazione generale ed individuale alla popolazione sulla importanza dello screening.

Tale funzione avviene attraverso:

- l'affissione/distribuzione di materiale informativo ufficiale in sala di attesa;
- la individuazione del Medico curante quale inviante della lettera di invito, sollecito e reinviato all'esame di approfondimento diagnostico.

C) Counselling.

Tale attività si eserciterà sulle:

- assistite risultate positive alla mammografia di screening e indirizzate agli accertamenti per la conferma diagnostica;
- assistite risultate positive all'approfondimento diagnostico.

D) Gestione delle non responder all'approfondimento diagnostico.

Tale attività si eserciterà attraverso il sollecito attivo, tramite telefonata, delle assistite risultate positive alla mammografia di screening che non si presentano all'appuntamento per l'esecuzione dell'approfondimento diagnostico, sulla base di un listato fornito periodicamente dalla Segreteria Organizzativa Screening.

E) Collaborazione ed integrazione con tutte le figure professionali.

Tale attività si attiva su tutte le figure che intervengono nell'eventuale trattamento attraverso il ritorno informativo, garantito periodicamente dalla Segreteria Organizzativa Screening, dell'elenco dei propri assistiti aderenti con i relativi esiti degli esami a cui si sono sottoposti.

Art. 2) Ai medici, che aderiscono alla campagna di screening, la Zona Territoriale si impegna a riconoscere per le funzioni di cui sopra un compenso concordato di Euro ...

Art. 3) La Zona Territoriale n° si impegna a fornire

- a tutti i medici di medicina generale, che assistono la popolazione soggetta a screening, il materiale informativo sulle modalità di svolgimento della campagna;
- a tutti i medici di medicina generale, in quanto aderenti alla campagna di screening, l'elenco delle assistite non aderenti, l'elenco delle assistite aderenti con i relativi esiti degli esami a cui si sono sottoposte.

Art. 4) La Zona Territoriale n° si impegna, a promuovere specifiche iniziative formative sul programma di screening della mammella rivolte ai medici di medicina generale, avendole previamente concordate con le rappresentanze dei medesimi e con il livello regionale, in particolare modo con il Gruppo Tecnico Scientifico Screening del tumore della mammella.

Art. 5) Le parti concordano di valutare, le modalità di ulteriore coinvolgimento a fronte dei risultati raggiunti sulla base di un programma concordato.

ALLEGATO G GRADUATORIE REGIONALI

• ART. 1 – GRADUATORIE REGIONALI (ARTT. 15 e 16 - ACN 23/03/2005)

1. La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta ed è valida fino a revoca da parte del medico. Annualmente vengono presentate domande integrative con i titoli aggiuntivi così come disposto dall'art. 15, comma 1 dell'ACN.

La validità della domanda fino a revoca esplicita comporta il mantenimento nelle graduatorie di medici potenzialmente non più interessati al convenzionamento, con appesantimento nelle procedure di interpello in sede di attribuzione degli incarichi a tempo determinato e il rischio di mantenere nelle graduatorie medici che, nel frattempo, siano divenuti titolari di convenzione e che debbano quindi esserne esclusi.

Le graduatorie verranno "ripulite" d'ufficio inviando preventivamente ai medici che non hanno più presentato domanda di integrazione titoli per almeno tre anni di seguito una lettera in cui si chiede loro se siano ancora interessati a permanere nelle graduatorie stesse.

I medici che non hanno titoli da integrare ma che nel corso del tempo cambiano la propria residenza devono comunicare obbligatoriamente la variazione di indirizzo entro la data di scadenza di spedizione della domanda (31 gennaio).

2. "Le graduatorie hanno validità di un anno a partire dal 1 gennaio dell'anno al quale sono riferite, decadono il 31 dicembre dello stesso anno, e sono utilizzate comunque per la copertura degli incarichi rilevati come vacanti nel corso dell'anno di validità delle graduatorie di settore medesime..."

Le graduatorie vigenti per l'anno in corso vengono utilizzate per l'assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati nel corso dell'anno stesso (rilevazioni riferite al 1° marzo e al 1° settembre di ogni anno).

Per le zone carenti rilevate e pubblicate in un anno, ma il cui procedimento di assegnazione si protrae nell'anno successivo, si utilizzano le graduatorie valevoli per l'anno in cui sono state pubblicate le zone carenti.

In caso di necessità di pubblicazione degli incarichi vacanti, in assenza delle corrispondenti graduatorie di riferimento, qualora non sia possibile rinviare la pubblicazione, si utilizzano le graduatorie di settore valevoli per l'anno precedente.

Le graduatorie rimangono comunque in vigore, anche oltre la data del 31 dicembre e fino all'approvazione delle graduatorie successive.

3. Ai fini dell'inserimento nelle graduatorie regionali annuali di settore della Medicina Generale vengono valutati i titoli posseduti alla data del 31 dicembre (es. per la graduatoria di settore valevole per l'anno 2008, vengono valutati i titoli posseduti alla data del 31 dicembre 2006).

Contestualmente alla predisposizione delle graduatorie per il conferimento degli incarichi nelle zone carenti e degli incarichi vacanti vengono aggiornate le graduatorie di settore, depennando da esse tutti i nominativi dei medici che durante l'anno sono diventati titolari di incarico a tempo indeterminato nel settore richiesto. Le graduatorie annuali così modificate verranno pubblicate sul B.U.R. Marche insieme alla pubblicazione delle zone carenti e degli incarichi vacanti due volte l'anno, rispettivamente entro il mese di aprile e di ottobre.

4. La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione, i medici interessati possono presentare all'ASUR – Zona Territoriale n. 7 di Ancona istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

5. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui al presente Accordo, non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

6. Una volta attribuiti gli incarichi nelle zone carenti, si provvede d'ufficio a depennare i medici che hanno acquisito la titolarità dei diversi incarichi nelle graduatorie del relativo settore, così come disposto dall'art. 34 comma 8 e dall'art. 63 comma 15 dell'ACN.

7. Con riferimento al comma 7 dell'art. 16 dell'ACN, per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale, l'ASUR – Zona Territoriale n. 7 di Ancona riserva:

- a) una percentuale pari al 67% dei posti disponibili a livello regionale a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione di cui all'art. 1, comma 2 e all'art. 2, comma 2 del D. Lgs. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D. Lgs. 368/99;
- b) una percentuale pari al 33% dei posti disponibili a livello regionale a favore dei medici in possesso del titolo equipollente.

8. Il primo ed il secondo posto della prima pubblicazione dell'anno sono destinati ai medici in possesso del titolo di formazione (a-a), il terzo posto è destinato ad un medico in possesso di titolo equipollente (b), e così di seguito con la stessa alternanza (a-a-b-a-a-b-...).

9. Nella successiva pubblicazione si proseguirà dal punto in cui la sequenza delle precedente assegnazione si è interrotta, fermo restando il rispetto della percentuale sopra indicata (rispettivamente il 67% e 33%).

10. Art. 16, comma 1, punto II, lettera g) dell'ACN "Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina".

In base all'attuale convenzione se il servizio è svolto in concomitanza di incarico, il punteggio è di 0.20 per ciascun mese.

Se non c'è concomitanza di incarico, il punteggio è di 0.10.

L'interessato deve allegare idonea documentazione, ancorché già presentata in precedenza.

11. Art. 16, comma 1, punto II, lettera l) dell'ACN "Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo".

Si tratta di attività che prima non davano punteggio.

L'interessato deve allegare idonea documentazione, ancorché già presentata in precedenza.

12. Art. 16, comma 1, punto II, lettera m) dell'ACN "Servizio prestato presso aziende termali".

Nella convenzione precedente, la valutazione di questo servizio non era esplicitamente indicata.

Con il nuovo accordo tale servizio viene valutato a mese.

L'interessato deve allegare idonea documentazione, ancorché già presentata in precedenza.

13. Art. 16, comma 1, punto II lettera n) dell'ACN "Riconoscimento del servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della L. 9/2/1979 n. 38, della L. 10/7/1960 n. 735 e del D.M. 1/9/1988 n. 430"

Il servizio prestato all'estero viene valutato per mese di attività svolta.

L'interessato deve allegare idonea documentazione recante traduzione in lingua italiana autenticata da un pubblico ufficio.

14. Art. 16, comma 1, punto II dell'ACN.

Fra i titoli di servizio che danno punteggio non compare più l'astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio, quindi nel modulo non compare più la relativa casella.

L'anzianità di servizio viene riconosciuta a norma dell'art. 18 commi 2, 3, 4 e 5, dell'ACN nei casi di cui:

- alle lettere a) b) c) d) e) f) del comma 2
- alle lettere a) b) c) d) del comma 3
- al comma 4
- al comma 5

Vedasi la nota SISAC prot. n. 802/2006.

Le Zone Territoriali dovranno predisporre idonei certificati di servizio al fine di valutare esattamente anche le assenze di cui ai predetti commi 2, 3, 4 e 5 dell'art. 18 dell'ACN.

15. Art. 16, comma 5 dell'ACN "A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e, infine, l'anzianità di laurea".

La norma transitoria n. 7, comma 3 dell'ACN stabilisce che solamente ai fini del conferimento degli incarichi di sostituzione per minore età si intende minore età al conseguimento del diploma di laurea.

16. Norma transitoria n. 2, comma 2 dell'ACN. "Nell'anno successivo a quello dell'entrata in vigore del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi dichiarati vacanti o carenti si utilizza la graduatoria redatta ai sensi del D.P.R. 270/2000 ed i criteri di assegnazione previsti dal presente Accordo".

I medici già titolari di incarico che hanno presentato domanda a gennaio 2005 e compaiono nella graduatoria valevole per il 2006, nel corso del 2006 potranno presentare domanda di assegnazione di zona carente per graduatoria perché a gennaio 2005, quando hanno presentato domanda, avevano i requisiti per essere inseriti nella graduatoria.

Il divieto di partecipare all'assegnazione delle zone carenti per i medici già convenzionati nello stesso settore di attività opera solo dal 2007.

Sempre in relazione al conferimento delle zone carenti – che avviene ad opera dell'ASUR Zona Territoriale n. 7 di Ancona – si fa obbligo alle Zone Territoriali dell'ASUR di comunicare tempestivamente alla Z.T. n. 7 ogni eventuale variazione degli ambiti di scelta del medico di Assistenza Primaria o delle postazioni di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale (118).

Sempre al fine di tenere aggiornate le graduatorie ed al fine di conferire correttamente gli incarichi nelle zone carenti e gli incarichi vacanti, le Zone medesime dovranno tempestivamente comunicare alla ASUR – Zona Territoriale n. 7 di Ancona le date di inizio e/o della cessazione dell' attività convenzionale.

17. Allegati A – A1 dell'ACN: “Domande annuali di primo inserimento e di integrazione titoli per le graduatorie regionali della medicina generale”.

Si è predisposto un unico modello di domanda in cui il medico deve indicare se si tratta di primo inserimento o di integrazione titoli, al fine di evitare errori da parte dei sanitari.

In tale modello si evidenzia quanto disposto dall'art. 15, comma 11 dell'ACN in quanto innovativo rispetto alla convenzione precedente (“ I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui al presente accordo non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore, e pertanto possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento”).

**ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN
ATTUAZIONE DEL A.C.N. del 23/03/2005:**

ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITA':

F.I.M.M.G.
(Federazione Italiana Medici Medicina
Generale):

FEDERAZIONE MEDICI
(S.M.I.):

INTESA SINDACALE SUMAI - SIMET -
CISL MEDICI/COSIME