

Allegato A

Dichiarazioni a verbale antecedenti la sottoscrizione del Preaccordo, che segue

INTESA SINDACALE:

L'organizzazione sindacale "Intesa Sindacale" chiede di poter verificare il documento nella sua interezza, riservandosi di sottoscrivere il preaccordo in un momento successivo

CGIL:

Rispetto alla proposta pubblica in merito al rapporto ottimale, la CGIL ritiene:

- per gli ambiti di scelta con popolazione > 40000 abitanti, pur convenendo con un possibile ampliamento del rapporto ottimale sia, comunque, necessaria la valutazione del Comitato aziendale;
- per gli ambiti di scelta con popolazione < 40000 abitanti, non deve essere utilizzato il meccanismo dell'automatismo per determinare la carenza. A tale fine chiede sia inserita la formula "può non scattare" anziché "non scatta"

FIMMG:

Rispetto alla proposta pubblica in merito al rapporto ottimale, la FIMMG ritiene:

di accettare integralmente la proposta formulata dalla parte pubblica nello spirito di collaborazione che impronta i rapporti tra Fimmg e Regione Toscana. Rinuncia, pertanto, in prima istanza, all'obiettivo che rimane tale di pervenire ad un rapporto ottimale di 1 medico ogni 1300 abitanti

PRE ACCORDO

dei medici di assistenza primaria in applicazione dell'art. 4 comma 1 di cui all'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale recepito con atto d'Intesa 23.3.2005

Visti

- l'atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni, rep. 2272 del 23 marzo 2005 che ha recepito l'Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale
- la Delibera della Giunta Regionale n. 653 del 20.6.2005 con la quale si è provveduto alla costituzione del comitato regionale di cui all'art. 24 del succitato accordo collettivo nazionale
- il verbale del 21.7. 05 relativo alla prima seduta del Comitato Regionale ex art. 24 che ha affrontato gli aspetti organizzativi dei lavori del Comitato al fine di consentire una rapida conclusione delle trattative nei termini convenzionali previsti, istituendo tavoli di lavoro Regione/Aziende/SdS/OOSS, fra cui quello che ha predisposto il presente documento
- il protocollo d'intesa tra la regione toscana, le aziende sanitarie e le OOSS dei medici convenzionati per la medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale e dei medici specialisti dipendenti, sottoscritto in data 26 settembre u.s.

Atteso che il Comitato, nella composizione prevista si è riunito nei giorni 24, 26 e 30 agosto, 2, 9, 15, 22, 26 e 29 settembre ed ha elaborato un documento strategico compatibile con la programmazione regionale, la legge regionale 40/2005 e le disposizioni di cui all'Accordo collettivo nazionale, per la parte relativa alla medicina generale;

L'Assessore al Diritto alla Salute

I direttori generali componenti della delegazione:

Direttore Generale Azienda USL 1.....

Direttore Generale Azienda USL 3.....

Direttore Generale Azienda USL 4.....

Direttore Generale Azienda USL 10.....

Direttore Generale Azienda USL 11.....

I Presidenti delle Società della Salute della delegazione:

Presidente della Società della Salute
"Bassa Val di Cecina"

Presidente Società della Salute
"Prato"

Presidente Società della Salute
" Pisa"

Presidente Società della Salute
“Mugello”

Le OO.SS firmatarie dell’Accordo Collettivo Nazionale:

FIMMG

Federazione Medici

Intesa Sindacale

FP-CGIL Medici

Firenze, 29 settembre 2005

Concordano sui contenuti dei documenti allegati, composti da:

- Un documento di condivisione di principi fondamentali sul ruolo del Medico di Medicina Generale e sulla sua collocazione all’interno del SSR, con particolare riferimento al “governo clinico”, all’appropriatezza delle cure e dell’uso delle risorse (art. 27 ACN), alla strategia di sviluppo delle forme organizzate e agli obiettivi di salute (allegato 1)
- Un documento specifico sull’articolato dell’accordo collettivo nazionale relativo alle parti cedevoli o comunque di rinvio agli accordi regionali (allegato 2)

ALLEGATO 1

1. Il governo clinico

Con riferimento a quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2005-2007, al punto 3.4.9.1, è necessario individuare forme e strumenti che garantiscano alla medicina generale una collocazione stabile e precisa ai vari livelli di “governo”, sia territoriale, zona-distretto o società della salute, e aziendale che regionale, nella compatibilità delle previsioni della L.R.40/2005, in quanto la medicina generale è parte integrante del sistema e ne condivide le principali finalità.

Occorre anche dare strutturazione all’attuale modalità di confronto, che ha sempre visto la medicina generale componente di varie commissioni o gruppi di lavoro specifici o trasversali al sistema, con presenze sia di rappresentanza sindacale che di partecipazione professionale.

A questo scopo sarà predisposto un atto deliberativo da sottoporre all’approvazione della Giunta Regionale che definirà almeno i seguenti elementi:

- A livello regionale la previsione di un organismo (cd. governo clinico del territorio) la cui durata è correlata alla durata degli organismi regionali e di area vasta previsti dalla normativa vigente, composto da una rappresentanza per area vasta, con modalità di designazione da specificare (si può ipotizzare un albo di disponibilità) che dia significato alla “professione”. A questo organismo saranno sottoposti, per l’espressione di parere, gli atti comunque coinvolgenti direttamente o indirettamente la medicina generale.
- L’apporto da parte della medicina generale al “governo clinico”:
 - Nel collegio di direzione aziendale;
 - Nell’Ufficio di coordinamento distrettuale o negli appositi organismi individuati all’interno dello staff del direttore della società della salute (con modalità correlate alla organizzazione locale).

L’individuazione dei medici negli organismi sopra citati, avverrà attraverso il meccanismo elettivo tra coloro si saranno resi disponibili e che risultino in possesso di un set di requisiti, con criteri definiti d’intesa con le OOSS che terranno conto dell’esperienza maturata nel settore. E’ pregiudiziale la partecipazione ad una équipe territoriale, se presente nel territorio di riferimento.

Tale figura, in particolare nell’ambito della zona distretto e/o della Società della Salute, dovrà garantire il collegamento professionale fra i referenti delle équipes e gli organismi ai quali partecipa.

Le aziende sanitarie, d’intesa con i medici di medicina generale del territorio, individueranno le opportune modalità organizzative al fine di garantire l’esercizio della rappresentatività professionale e della partecipazione.

- La diversità del ruolo dei medici di medicina generale presenti nel Comitato Regionale ed in quelli aziendali da quello di “governo clinico” prevedendo l’interazione nei momenti di applicazione degli accordi nazionali, regionali ed aziendali.
- La modalità di formazione delle varie commissioni e la naturale trasformazione che consenta la prosecuzione delle attività in atto.
- Le modalità di riconoscimento dell’attività prestata in termini “professionali”, o con l’applicazione dell’art.18, punto2, lett.b, o con la valorizzazione oraria per un n. max di dieci ore settimanali aggiuntive al massimale o, superato tale numero, con il meccanismo della diminuzione del massimale stesso. Tale attività non dà luogo a incompatibilità con l’adesione da parte del medico a forme associative.

- La previsione di un fondo di finanziamento regionale per l'erogazione della valorizzazione delle ore prestate dai suddetti medici alle singole aziende sanitarie a seguito di rendicontazione periodica.

2. Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse – art. 27 dell'ACN

La Regione toscana, le Aziende Sanitarie, le Società della Salute ed i Medici di Medicina Generale concordano che la continuità dell'assistenza, l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, la riduzione degli sprechi, l'operare secondo principi di efficienza ed efficacia e di costo beneficio non sono obiettivi della sola assistenza primaria, ma di tutto il sistema.

In particolare ritengono che tali obiettivi in campo farmaceutico possano continuare ad essere colti se a livello aziendale vengono stipulati accordi con tutti i professionisti operanti nel sistema, finalizzati al rispetto di quanto disposto dalla legge 425 8 agosto 1996, dalle note AIFA, da quanto previsto dall'art.15-decies del decreto legislativo 229/99, tendendo alla definizione, con il concorso di tutti i professionisti, di un prontuario farmaceutico unico ospedale territorio.

L'applicazione di quanto sopra detto si esplicita nelle seguenti fasi :

- 1) Accordo quadro con tutta la medicina generale definito nell'ambito del Comitato aziendale ex art 23 (stipulato con le OOSS territoriali presenti nel comitato aziendale), che si sviluppa sugli obiettivi di programmazione regionali/aziendali, individuati anche con gli strumenti del governo clinico della medicina generale e nel quale si preveda altresì un piano di sviluppo delle forme associative.
L'accordo quadro aziendale dovrà prevedere, in aggiunta ad altri e diversi obbiettivi localmente definiti, anche gli "obiettivi di salute" individuati a livello regionale, secondo i principi e con le modalità espresse al successivo paragrafo anche relative alla struttura del compenso.
 Ove gli "obiettivi di salute" obbligatori a livello regionale siano già stati finanziati a livello aziendale, le Aziende UUSLL provvederanno a riconvertire i propri finanziamenti su altri obiettivi, contenuti nell'Accordo/ contratto, ritenuti prioritari a livello aziendale.
 L'accordo quadro aziendale dovrà inoltre identificare specifici obiettivi di appropriatezza in ambito farmaceutico, diagnostico, di ricovero e di ricorso alle prestazioni specialistiche, anche prevedendo obiettivi differenziati per distretto, equipe e altre forme associative.
- 2) Stipula di contratti con le singole forme organizzate della medicina generale presenti sul territorio, sui presupposti e in coerenza con l'Accordo quadro di cui al punto precedente, nel rispetto delle realtà locali, sui quali il Comitato aziendale ex art. 23 esprime parere obbligatorio.
- 3) L'accordo quadro aziendale, in particolare per le forme associative, dovrà favorire un atteggiamento proattivo nei confronti degli assistiti affetti da patologie croniche o di quanti costituiscono target dei programmi di prevenzione.
- 4) L'accordo quadro aziendale e i relativi contratti stipulati con le forme associative, saranno finanziati attraverso:
 - i fondi previsti dai Piani Sanitari Regionali per quanto di competenza della medicina generale;
 - eventuali risorse aggiuntive di livello regionale;
 - fondi aziendali legati al raggiungimento di obiettivi di appropriatezza, coerentemente a quanto previsto all'art.8, comma 2, lettera b) e nella misura di quanto determinato dai singoli accordi aziendali

3. Struttura del compenso di cui all'art. 59, lettera B, c.15

- 1) Si accede al presente compenso solo qualora vi sia stata da parte del singolo MMG l'adesione all'accordo quadro aziendale obbligatorio ai sensi di quanto previsto nella articolato allegato al punto relativo all' Art. 23 comma 4.
- 2) La quota variabile di cui alla lettera b comma 15 viene erogata al fine di effettuare specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico. Si elencano gli obiettivi fra i quali successivamente, nella stesura finale e completa dell'accordo regionale, verranno identificate le priorità: le vaccinazioni, la prevenzione oncologica, la sindrome metabolica, il diabete mellito di tipo II, la BPCO, il rischio cardiovascolare, l'ipertensione arteriosa, l'osteoporosi.

L'accordo aziendale prevederà altresì:

- la medicina di iniziativa intesa quale standard organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi di salute.
Ciascun accordo aziendale dovrà contenere almeno 3 obiettivi di salute, 2 dei quali dovranno essere obbligatoriamente individuati tra gli obiettivi prioritari regionali.
Qualora uno o più obiettivi tra i tre prioritari siano già oggetto di accordo aziendale potranno essere identificate altre priorità, sempre nell'ambito degli obiettivi sopra elencati.
 - la misurazione delle performance assistenziali - quale risultato della definizione di indicatori di struttura, di processo e di esito, ciascuno con l'identificazione di standard minimi, di golden standard e di peso – per gli “obiettivi di salute”.
- 3) Il compenso di cui al punto 15, lett.B dell'art.59 viene erogato ai singoli MMG nella misura del:
 - 20% per l'adesione e per il raggiungimento dello standard organizzativo
 - 40% per il raggiungimento di obiettivi intermedi identificati in sede di stesura definitiva dell'accordo regionale
 - 40% per il totale raggiungimento degli obiettivi di salute

La quota parte del fondo eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni professionisti sarà redistribuita fra i medici che avranno raggiunto l'obiettivo con modalità da concordare.

4. Strategia forme associative

In relazione all'investimento effettuato dal sistema sanitario toscano sulle forme associative della Medicina Generale, che dovranno tendere secondo il PSR alla forma finale più evoluta e cioè alle Unità di Cure Primarie, e che vedono allo stato attuale sul territorio una situazione così configurata:

- medicina di gruppo e cooperative 30%
- medicina in rete 2%
- medicina in associazione 33%

e in virtù dell'importanza riconosciuta alle forme organizzate nel modello assistenziale toscano, e nell'ottica di un progressivo affinamento di risposta territoriale:

1. si riconoscono i seguenti compensi forfetari annui per ciascun assistito in carico, così come definiti dall'art.59, lett.B, punti 4,6,7:

medici in cooperativa	euro 7,00
medicina di gruppo	euro 7,00
medicina in rete	euro 4,70
medicina in associazione	euro 2,58
collaboratore di studio	euro 3,50
infermiere professionale	euro 4,00

La decorrenza degli aumenti previsti sarà determinata in sede di accordo regionale.

2. si precisa che il riconoscimento dell'indennità di cooperativa è subordinato alla stipula di uno specifico accordo contratto con l'azienda, i cui contenuti saranno obbligatori per tale forma associativa;
3. si prevede il superamento graduale dei tetti per le forme associative toscane (ad esclusione della medicina in associazione). Le modalità e la tempistica del superamento saranno successivamente definiti;
4. si prevede il superamento graduale dei tetti per l'indennità di collaboratore di studio e di infermiere professionale in rapporto a specifici obiettivi tesi ad affinare la risposta territoriale sulla base di modalità da definire;
5. si prevede che nella logica di un investimento correlato alla ottimizzazione delle risorse, in caso di mancata corrispondenza dei requisiti previsti dall'accordo nazionale (appositi strumenti saranno identificati nella definizione dell'art.54), l'azienda sanitaria sospende l'erogazione della/e intera/e indennità oggetto di contestazione;
6. per le forme associative previste dall'art. 54, le parti convengono sulla necessità di riempire di ulteriori contenuti assistenziali ed organizzativi finalizzati a migliorare l'assistenza erogata;
7. per quanto attiene la medicina in associazione non si prevede alcuna possibilità di formazione di ulteriori associazioni oltre le attualmente esistenti, ma una sua possibile trasformazione in una forma associativa più funzionale ai bisogni assistenziali dei cittadini;
8. per quanto attiene la sperimentazione delle "unità di cure primarie" se ne prevede l'attivazione sul territorio regionale a partire dall'1.1.2006

I punti precedenti, d'intesa fra le parti firmatarie, non sono da ritenersi esaustivi dell'applicazione della strategia regionale, che troverà più ampia e definita elaborazione in sede di accordo conclusivo.

Dichiarazione a verbale n.1

Le parti firmatarie del presente preaccordo concordano che in sede di stesura definitiva dovranno essere definite le modalità con le quali la medicina generale dovrà integrarsi con la continuità assistenziale. L'obiettivo è quello di favorire una continuità nel processo assistenziale e consentire una diminuzione degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri impropri. Questo obiettivo potrà essere raggiunto attraverso l'istituzione di un tavolo comune con la continuità assistenziale.

Dichiarazione a verbale n.2

Le parti concordano che per l'applicazione dell'art.20 i procederà alla costituzione immediata di un apposito tavolo di confronto con il settore della Direzione Generale che si occupa di tale argomento.

Dichiarazione a verbale n.3

L'Azienda 4 di Prato e la società della salute di Prato richiedono che in sede di stesura dell'accordo regionale, nella parte in cui si fa riferimento alla implementazione dei contenuti assistenziali ed organizzativi finalizzati a migliorare l'assistenza erogata, venga preso in considerazione l'incremento dell'orario di apertura delle sedi delle medicine di gruppo e conseguentemente i preesistenti accordi aziendali in materia, ivi compresa la possibilità di riassorbire eventuali incentivi economici.

Dichiarazione a verbale n.4

La FIMMG chiede che nell'accordo regionale siano riviste tutte le remunerazioni economiche attualmente vigenti a favore dei medici di medicina generale e per le quali esista la competenza regionale.

Dichiarazione a verbale n.5

Le parti si impegnano a monitorare gli ingressi dei medici di medicina generale in relazione alle nuove modalità di applicazione dell'art.33, tendente a creare la figura del medico di medicina generale a tempo pieno, ed a valutare interventi mirati ad attenuare eventuali squilibri.

ALLEGATO 2

art. 16 Assegnazioni incarichi a tempo indeterminato comma 7

Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale si conferma la riserva delle seguenti percentuali:

- 80% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale;
- 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente

art 21 Diritti sindacali comma 1

Il compenso per le sostituzioni sindacali relative alla partecipazione alle riunioni di Comitati e Commissioni previste da normative nazionali, regionali e aziendali dovrà essere successivamente definito.

Le modalità di pagamento (corresponsione diretta al medico che partecipa all'attività di cui al presente comma) e entità del compenso, fino a diverso accordo regionale ,sono confermate secondo quanto previsto nella delibera n. 686/2001

comma 6

Il compenso per le sostituzioni sindacali di cui al comma 5 è corrisposto direttamente al medico sostituito dietro presentazione della notula quietanziata

Art. 23 Comitato aziendale comma 4

Il Comitato aziendale ha la titolarità per la definizione di qualsiasi tipo di accordo con la Medicina Generale. In analogia con la procedura temporale prevista nel livello regionale / nazionale, il Comitato aziendale è tenuto a definire accordi aziendali entro 180 gg dalla data di sottoscrizione dell'Accordo regionale. Trascorso tale periodo il Comitato Regionale può assegnare ulteriori 60 gg all'Azienda che ne faccia espressa richiesta; trascorso l'ulteriore periodo l'Accordo aziendale viene concordato e predisposto dal Comitato aziendale ma con l'intervento della regione e delle Organizzazioni sindacali regionali.

Il Comitato aziendale ex art. 23 deve obbligatoriamente stipulare:

- un Accordo quadro con tutta la medicina generale, che si sviluppa sugli obiettivi di programmazione regionali/aziendali, individuati anche con gli strumenti del governo clinico della medicina generale e nel quale si preveda altresì un piano di sviluppo delle forme associative. Tale **accordo quadro aziendale** dovrà prevedere, in aggiunta ad altri e diversi obiettivi localmente definiti, anche gli "obiettivi di salute" individuati a livello regionale. Ove gli "obiettivi di salute" obbligatori a livello regionale siano già stati finanziati a livello aziendale, le Aziende USSL provvederanno a riconvertire i propri finanziamenti su altri obiettivi, contenuti nell'Accordo/ contratto, ritenuti prioritari a livello aziendale. L'accordo quadro aziendale dovrà inoltre identificare specifici obiettivi di appropriatezza in ambito farmaceutico, diagnostico, di ricovero e di ricorso alle prestazioni specialistiche, anche prevedendo obiettivi differenziati per distretto, equipe e altre forme associative.

Deve esprimere parere obbligatorio in merito:

- alla stipula di contratti con le singole forme organizzate della medicina generale presenti sul territorio, sui presupposti e in coerenza con l'Accordo quadro di cui al punto precedente, nel rispetto delle realtà locali.

A titolo puramente indicativo, ma con intento omogeneizzante, si fornisce un set di riferimento dei contenuti dell'accordo :

- le équipes territoriali : attivazione e funzionamento delle équipes territoriali (retribuzione già prevista in quota capitarla). Retribuzione a parte per le funzioni di referente
- la medicina di iniziativa, intesa quale standard organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi di salute.
Ciascun accordo aziendale dovrà contenere almeno 3 obiettivi di salute, 2 dei quali dovranno essere obbligatoriamente individuati tra gli obiettivi prioritari regionali.
Qualora uno o più obiettivi tra i tre prioritari siano già oggetto di accordo aziendale potranno essere identificate altre priorità, sempre nell'ambito degli obiettivi sopra elencati;
- la misurazione delle performance assistenziali , quale risultato della definizione di indicatori di struttura, di processo e di esito, ciascuno con l'identificazione di standard minimi, di golden standard e di peso – per gli “obiettivi di salute”;
- un atteggiamento proattivo nei confronti degli assistiti affetti da patologie croniche o di quanti costituiscono target dei programmi di prevenzione in particolare per le forme associative;
- l'appropriatezza e il monitoraggio anche tramite report annuali (trimestrali / mensili) delle variabili di produzione delle cure primarie, intesa come appropriatezza di erogazione (art. 27) quali: farmaceutica, specialistica, ricoveri, farmaceutica integrativa...
- la qualità dell'assistenza rispetto agli:
 - Aspetti organizzativi: attivazione CUP negli ambulatori, fornitura flussi informativi a fini epidemiologici (art. 45 comma 2), disponibilità telefonica (art. 36 comma 8), modalità di effettuazione dell'ambulatorio (ore di apertura, ambulatorio per patologie, su appuntamento...)
 - Aspetti clinico assistenziali: vaccinazioni (anti influenza, pneumococco, difterite-tetano...) intese come percentuale di copertura su target definito e non come retribuzione a prestazione), screening oncologici (% i compliance su popolazione target del singolo MMG), telemedicina (ECG, spirometria, dermatologia....), Educazione sanitaria (tabagismo, ed. alimentare, incent. attività motoria...)
 - Percorsi di salute dei cittadini affetti da cronicità: diabete (applicazione percorso regionale), scompenso, rapporti ospedale territorio, frattura femore, ipertensione.....

art 24 Comitato Regionale

Ai fini di acquisire le necessarie conoscenze in ordine all'andamento di attuazione dell'accordo regionale e di acquisizione e monitoraggio degli accordi aziendali, in analogia a quanto previsto dall'art. 10 in merito alla costituzione dell'Osservatorio nazionale, si costituisce all'interno del Comitato Regionale un osservatorio regionale permanente, i cui componenti sono da individuare fra i componenti di parte pubblica e di parte sindacale del Comitato stesso

art. 26 Equipes territoriali

In ciascuna Zona Distretto e Società della salute sono individuate le équipes territoriali (di seguito nominate ET).

L'individuazione delle stesse è operata dal Direttore di Zona Distretto o dal Direttore della Società della salute, su indicazione dello staff tecnico. Ciascuna ET è di norma formata da 10 -15 MMG, in essa confluiscono tutti i medici di quello specifico territorio anche se organizzati in forme associative, costituite ai sensi dell'art. 54 lettera a) comma 3 (associazione, rete, gruppo) e Medici

di assistenza primaria singoli. L'ambito di riferimento è di norma quello geografico comunale, oppure inter o intra comunale per comuni rispettivamente piccoli o grandi.

Le attività della ET oltre a quelle descritte nel comma 3 dell'art. 26 consistono nella:

- ❑ revisione tra pari e audit clinico e/o di percorso assistenziale
- ❑ condivisione ed applicazione di linee guida e di percorsi assistenziali (sia diagnostici che terapeutici)
- ❑ commento e condivisione della reportistica sulla appropriatezza ed assorbimento di risorse e qualità dell'assistenza

Per ciascuna ET è nominato un Medico di medicina generale "referente" con il compito di:

- ❑ Avere funzioni di interfaccia tra i componenti della ET, il Direttore di ZD e/o il Direttore della Società della Salute e la Direzione Aziendale
- ❑ Riunire periodicamente, con almeno un incontro trimestrale, l'ET per svolgere i compiti prima descritti

La nomina del Medico di Medicina generale referente, recepita con atto del Direttore Generale, avviene liberamente tra i Medici di assistenza primaria facenti parte dell'ET, di norma con meccanismo elettivo. La durata indicativa è di tre anni.

Deve essere previsto un compenso forfetario annuo.

Sarà assicurata la multiprofessionalità prevista al c. 3 b) attraverso la partecipazione ad obiettivi specifici e percorsi condivisi che rimangono compito del comitato di cui all'art. 23.

art. 29 Tutela dei soggetti fragili

comma 6

In via sperimentale, per un periodo di 1 anno, agli extra comunitari, non in regola con il permesso di soggiorno, in quanto soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario e ai soggetti senza fissa dimora, è garantita l'assistenza sanitaria di base erogata anche dal medico di medicina generale attraverso il ricorso alla visita occasionale, con oneri a carico dell'Azienda sanitaria

In deroga a quanto previsto dal comma 8 art. 50, secondo il quale non può essere effettuata prescrizione farmaceutica e specialistica ai soggetti che non hanno effettuato la scelta del medico, nel caso degli extra comunitari non in regola con il permesso di soggiorno è consentita la prescrizione farmaceutica e specialistica. Resta inteso che la codifica che deve essere utilizzata per l'indicazione sul ricettario del SSR è la codifica STP che contiene 16 caratteri come il codice fiscale. Le aziende sanitarie sono tenute a regolamentare l'organizzazione del servizio in oggetto, compreso la modalità di rilascio del codice STP che resta esclusiva competenza aziendale.

Le Aziende sono tenute a tenere un apposito elenco di tutte queste prestazioni al fine di effettuare un monitoraggio trimestrale del fenomeno. In merito agli esiti del monitoraggio dovrà essere informato il Comitato Regionale per valutare gli eventuali interventi correttivi.

art 31 Diritto di sciopero

Si confermano le disposizioni previste dall'Accordo Regionale precedente in merito alle modalità di adesione da parte dei medici di assistenza primaria allo sciopero.

comma 2

si intende soggetti istituzionalmente preposti afferenti all'area della medicina generale convenzionata

art 33 Rapporto ottimale

Ambiti territoriali extraurbani inferiori a 40.000 residenti

Pur mantenendo invariata la base di calcolo di 1/1000, quale rapporto ottimale per la determinazione delle zone carenti, prima di avviare la procedura per la pubblicazione della carenza, nell'ambito di ciascun comitato aziendale si dovrà tener conto di un ulteriore parametro, di seguito definito.

Tale parametro consiste nella valutazione della distribuzione delle scelte in carico ai medici convenzionati presenti in quel determinato ambito territoriale.

In particolare non scatta la pubblicazione della zona carente qualora nell'ambito in questione risultino essere presenti almeno un medico con scelte inferiori a 300 e due medici in grado di acquisire scelte, al fine di garantire la possibilità di scelta per l'utente all'interno di una rosa di tre medici.

Ambiti territoriali superiori a 40.000 residenti

Il rapporto medico/popolazione residente diventa 1/1200. La frazione d'utenti che comporterà la pubblicazione di una carenza deve essere superiore a 600.

art.35 Instaurazione rapporto convenzionale

comma 11 Uso Ambulatorio pubblico

Sono riconfermate le modalità adottate con l'Accordo regionale di cui alla deliberazione n. 686/2000 fatto salvo quanto previsto al comma 2 rispetto all'entità della quota oraria definita fra un minimo di 3 euro a un max di 7,50 euro. Inoltre è prevista la possibilità, a livello aziendale, di definire pacchetti forfettari

comma 12 Residenza del medico di medicina generale

Il medico nel corso del rapporto convenzionale di assistenza primaria può trasferire la propria residenza in altro comune non appartenente all'ambito territoriale di convenzionamento, purchè, al fine di non creare alcun pregiudizio allo svolgimento della propria attività di medico di base nei confronti degli assistiti che lo hanno scelto, elegga il proprio domicilio nell'ambito territoriale di attività e comunichi lo stesso entro 30 gg all'Azienda.

comma 14 Apertura studi ambulatoriali

Accertata la facoltà per i medici convenzionati dell'apertura di più studi ambulatoriali con il conseguente frazionamento dell'orario complessivo fra tutti gli studi, in caso di medico aderente ad una medicina di gruppo la parte maggioritaria dell'orario di ambulatorio, con riferimento a quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale, deve essere riservata a quest'ultima sede. Particolari situazioni assistenziali che possono condurre a deroghe alla presente normativa saranno demandate alla valutazione del Comitato aziendale

Art. 36 Requisiti studi medici

comma 9

Il medico di assistenza primaria e il proprio sostituto sono tenuti ad assicurare idonee modalità di ricezione delle chiamate telefoniche durante l'orario di apertura degli ambulatori convenzionati e la mattina dalle 8 alle 10,00 di tutti i giorni non festivi, escluso il sabato, riservato all'attività di aggiornamento.

art 37 Sostituzioni

comma 1

Visto quanto previsto in merito alle assenze superiori a 3 gg consecutivi rispetto:

1. all'obbligo da parte dei medici sostituiti di comunicare con la dichiarazione di assenza la motivazione tra quelle previste dall'art. 18 dell'accordo,
2. all'obbligo di informazione dei propri assistiti sulla durata, sulle modalità della sostituzione e sul sostituto.
3. all'obbligo del sostituto, al momento dell'accettazione di sottoscrivere e rilasciare al titolare una dichiarazione così come previsto nell'allegato C.

si propone l'adozione di moduli regionali dai quali si evincano rispettivamente: il motivo e la durata dell'assenza del medico titolare e il nome del sostituto, la dichiarazione rilasciata dal sostituto come previsto dalla normativa nazionale (vedi moduli allegati).

Per quanto riguarda il debito informativo del sostituto, lo stesso deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, che riporti quanto previsto nell'allegato C, comma 5 e che il titolare dovrà consegnare all'Azienda unitamente alla propria dichiarazione. Per tutte le sostituzioni successive e fino a qualsiasi modifica dello stato giuridico o professionale del medico sostituto fa fede la 1° dichiarazione presentata.

E' fatto obbligo, per i medici titolari informare i propri assistiti sulle modalità della sostituzione, tramite messaggio rilasciato nella segreteria telefonica e affissione dell'informativa presso gli ambulatori convenzionati .

comma 2

Per le sostituzioni inferiori a 30 gg, fatte salve le sostituzioni effettuate ad un medico di assistenza primaria da parte:

- 1) di un medico convenzionato per l'assistenza primaria con numero di scelte inferiore a 650,
- 2) un medico convenzionato per la continuità assistenziale a 24h settimanali,
- 3) un medico convenzionato per la medicina dei servizi a 24 h settimanali,

l'impegno derivante dalla sostituzione attribuita sommato ad eventuale altre attività compatibili svolte in orario diurno, non può superare l'orario complessivo di 48 h settimanali.

La sostituzione da parte di un medico di assistenza primaria massimalista ad un altro medico convenzionato è consentita solo per un massimo di 5 gg, escluso le sostituzioni fra medici appartenenti alle forme associative per le quali l'istituto della sostituzione è consentito.

comma 15

il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione nei termini previsti dal precedente comma 2, deve informare tempestivamente l'azienda; qualora l'Azienda non sia in grado di individuare il nominativo del sostituto entro 3 gg dalla comunicazione del medico, lo comunica telefonicamente all'interessato. In tal caso il medico stesso può procedere in deroga a quanto previsto dallo stesso comma 2.

Precisazioni in merito a sostituzioni di medici associati

Il medico, sostituto di un medico facente parte di una medicina di gruppo, per tutta la durata della sostituzione, assume i medesimi obblighi associativi del titolare

Le indennità relative all'associazionismo, al collaboratore di studio, al collaboratore infermieristico e alla collaborazione informatica costituiscono compensi dovuti al titolare anche se sostituito.

art. 38 Incarichi provvisori

comma 6

Rispetto alla concessione in uso della struttura ambulatoriale pubblica ai medici convenzionati con l'Azienda per un incarico provvisorio, è fatto obbligo per l'azienda la concessione della struttura a titolo gratuito.

**art. 39 Massimale di scelte
comma 11 e comma 12**

Le scelte temporanee, cui si fa riferimento nei commi indicati, devono essere oggetto di monitoraggio semestrale da parte delle Aziende. Le stesse sono tenute a informare il Comitato Regionale delle situazioni verificatesi sul territorio aziendale quando presentano un significativo superamento del numero di assistiti in carico rispetto al massimale, per un'opportuna valutazione regionale in merito e la conseguente eventuale regolamentazione, al fine che tale stato non comporti alcun pregiudizio all'erogazione dell'assistenza sanitaria di base ai cittadini.

Quanto sopra è subordinato alla prossima interpretazione della SISAC

**art 40 Scelta del medico
comma 2**

Sono confermate le informazioni da fornire al cittadino allo sportello della Azienda USL quando effettua la scelta del medico, riproponendo quanto concordato nel precedente accordo regionale. Nello stesso contesto è richiesto al cittadino il consenso informato per il trattamento dati da parte del medico che sceglie. Il modulo di consenso, firmato in originale dall'assistito, sarà consegnato al medico interessato in occasione della consegna del tabulato delle variazioni assistiti. Vedi allegato modulo

comma 8

Non si deve tener conto della limitazione del 5% relativa alle scelte in deroga, per i seguenti casi:

- riacquisizione del paziente temporaneamente sospeso (art. 42 comma 3)
- gli extracomunitari, (art. 39 commi 11 e 12)
- le iscrizioni temporanee

art 41 Revoca scelta

comma 2 garanzia continuità assistenza

Su richiesta dell'utente, il medico revocato è tenuto a mettere a disposizione dell'utente stesso le notizie cliniche relative al proprio stato di salute, su supporto informatico, ove possibile, diversamente su supporto cartaceo.

art. 42 Revoche d'ufficio

comma 3 -

I soggetti temporaneamente sospesi per emigrazione temporanea all'estero superiore a 30 gg o per detenzione, sono cancellati dall'elenco e devono essere riattribuiti al momento della cessazione del motivo di sospensione, anche nel caso in cui con la riattribuzione di tali scelte si verifichi il superamento del massimale, e anche del 5% previsto dal comma 8 dell'art. 40, al fine di garantire all'utente continuità nell'assistenza di base

comma 5

In caso di morte di un iscritto negli elenchi del medico di assistenza primaria l'Azienda, in qualsiasi momento venga a conoscenza dell'evento e provveda alla relativa cancellazione non dovrà comunque superare il recupero di 12 mensilità di quote pregresse

comma 9

In seguito a cambiamenti di residenza da parte dell'utente nell'ambito della stessa azienda o di aziende limitrofe si possono configurare le seguenti fattispecie:

- Nel caso di un cittadino che trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo della medesima azienda non dovrà essere operata alcuna variazione del medico di fiducia, fino a quando il cittadino stesso non procederà ad eventuale nuova scelta;

- Nel caso di cittadino che trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale: a) limitrofo, ma rientrante nella competenza di altra azienda; b) non limitrofo, appartenente alla stessa Azienda, deve essere avvertito il cittadino al vecchio indirizzo qualora quello nuovo non sia noto, e per conoscenza il medico curante, informando il cittadino stesso della possibilità di mantenere invariato il medico di fiducia (art. 40 comma 10), subordinatamente al parere obbligatorio del Comitato aziendale ex art. 23, qualora si presenti entro 60 gg presso gli sportelli della nuova azienda di residenza. Trascorso detto termine, senza che sia presentata richiesta di mantenimento dello stesso medico, si procederà alla cancellazione con decorrenza dalla data del trasferimento di residenza.
- Nel caso di trasferimento in ambito territoriale non limitrofo ed appartenente ad altra Azienda, la cancellazione dall'elenco del medico è immediata senza che siano opportunamente avviati ulteriori adempimenti

Art. 45 Compiti del medico

comma 2- lettera b) Tenuta e aggiornamento scheda sanitaria individuale

Premesso che la scheda sanitaria individuale oltre ad essere ad uso del medico e dell'assistito deve anche essere resa disponibile per il Servizio sanitario regionale secondo modalità definite nell'ambito del presente accordo, si concorda quanto segue:

- Il Medico di assistenza primaria deve tenere ed aggiornare una scheda sanitaria su supporto informatico secondo le modalità, le finalità e la tempistica previste dal comma 11 e 12 dell'art. 59, lettera B) o, ove non dovuto su supporto cartaceo, che dovrà comunque contenere questo set minimo di dati:

Dati anagrafici:

- Nome e Cognome
- Sesso
- Data di nascita
- Indirizzo
- Codice fiscale

Dati assistenziali:

- ASL di Assistenza e di residenza
- Telefono
- Dati privacy, secondo le disposizioni vigenti
- Lista delle esenzioni

Dati clinici:

- Stile di vita (fumo, alcool, attività fisica)
- BMI
- Valori pressione arteriosa
- Anamnesi familiare
- Elenco delle patologie classificabili secondo la codifica ICD9
- Terapia eseguita
- Accertamenti specialistici eseguiti
- Ricoveri richiesti effettuati
- Vaccinazioni effettuate dal medico di assistenza primaria
- Allergie e intolleranze
- Note su problemi del paziente non classificabili

Sulla scheda dovranno essere sempre registrate le patologie che danno diritto ad esenzione per malattie croniche ed invalidanti.

- Il medico, qualora sia tenuto a registrare i dati su supporto informatico come da Art 59 lettera B comma 11 e 12, nel rispetto della normativa sulla privacy, deve mettere a disposizione del Servizio Sanitario Regionale, su file con tracciati definiti e concordati a livello regionale, secondo cadenze concordate a livello regionale e aziendale, utilizzando modalità di codifica gestite dal sistema regionale, per fini statistici e di assistenza i seguenti dati:
- Dati anagrafici (Sesso, Età, Codice Fiscale o sanitario)
- Esenzioni
- Elenco delle patologie classificabili secondo la codifica ICD9 (dovranno sempre essere registrate le patologie che danno diritto ad esenzione per malattie croniche ed invalidanti)
- Lista farmaci assunti in modo continuativo
- Allergie ed intolleranze
- Note su problemi del paziente non classificabili

A Livello Aziendale potrà essere definita e concordata la messa a disposizione di altri dati per il raggiungimento di obiettivi specifici.

Standard minimo dei programmi informatici previsti dall'art. 59 Lettera B comma 11 (confronta con il tavolo regionale sull'informatizzazione)

Il software per la gestione della cartella clinica deve:

- consentire, la registrazione dei dati previsti dall'articolo 45 comma 2 lettera b.
- consentire la messa a disposizione dei SSR dei dati previsti dall'articolo 45 comma 2 lettera b.
- Consentire il rispetto della normativa sulla privacy.
- Svolgere le normali attività di supporto clinico alla professione del MMG
- Usare codifiche internazionali e nazionali per poter permettere lo scambio di informazioni tra i vari attori del SSR. (Classificazioni problemi ICD9, Classificazione ATC, Prontuario terapeutico, Nomenclatore Tariffario Regionale)
- Gestire in modo automatico le normative burocratiche relative alla prescrizione ed alla normativa delle esenzioni
- Consentire elaborazioni statistiche sui dati.
- Prevedere l'aggiornamento trimestrale del prontuario terapeutico
- Prevedere l'aggiornamento periodico del Nomenclatore Tariffario Regionale
- Integrarsi con servizi previsti dal progetto M.I.R. (Medici In Rete) quando questi saranno resi disponibili

art. 59 indennità di collaboratore di studio medico e indennità di collaboratore infermieristico

Il collaboratore di studio e l'infermiere professionale, nel rispetto delle specifiche peculiarità di ciascuna professionalità, collaborano con il medico, che percepisce la corrispondente indennità, per tutte le attività correlate all'attività del medico di medicina generale convenzionato con il SSR, secondo quanto previsto dagli accordi nazionale, regionale e aziendali.

Modalità di assunzione, orari di espletamento dell'attività professionale sono confermate nei termini di quanto previsto dall'Accordo regionale di cui alla deliberazione della G. R. n. 686/2001

PROTOTIPI MODELLI DA ADOTTARE IN CASO DI SOSTITUZIONI MEDICI
CONVENZIONATI

Modello 1

SEGNALAZIONE DI ASSENZA VOLONTARIA
(da presentare entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione,
obbligatoria per assenze superiori a tre giorni)

All'AZIENDA SANITARIA USL ____
DI _____

Struttura _____

Via/pza _____

Cap _____ **comune** _____

Io sottoscritt_ dott. _____ codice regionale _____

iscritt_ nell'elenco dei _____ nell'ambito territoriale
di _____

comunico

che mi assenterò dalla mia attività di medico convenzionato per il periodo presunto dal
_____ al _____

per motivi:¹ _____, e che in tale attività verrò così
sostituito:

dott. _____ codice regionale _____ dal
_____ al _____

dott. _____ codice regionale _____ dal
_____ al _____

dott. _____ codice regionale _____ dal
_____ al _____

¹ Indicare se l'assenza è dovuta a:

- **recupero psicofisico**
- **malattia**
- **affiancamento sindacale**

_____ al _____

Dichiaro che durante la mia assenza verranno rispettate le disposizioni di cui al vigente Accordo Collettivo Nazionale, con particolare riferimento alle norme riguardanti modalità organizzative dell'attività assistenziale.

data

timbro e firma del titolare

I dati personali dei sostituti verranno forniti dagli interessati all'atto del rilascio delle rispettive dichiarazioni previste dal vigente Accordo Collettivo Nazionale

Modello 2
COMUNICAZIONE DI AVVENUTA SOSTITUZIONE

EDIATRA DI LIBERA SCELTA

All'AZIENDA SANITARIA USL

Struttura _____
Via/pza _____
Cap _____ comune _____

Titolare sostituito:

Cognome e nome	Codice regionale

Medico sostituto:

Cognome e nome	Codice regionale

Periodo della sostituzione:

Dal giorno:

G		M		A	

Al giorno:

G		M		A	

Tipo di sostituzione:

Motivo dell'assenza:

psico fisico

affiancamento sindacale

firma del medico sostituto

firma del titolare sostituito

inserir_ nella vigente graduatoria regionale o, comunque, di essere in possesso dei requisiti previsti per l'inserimento

ovvero

inserir_ nella vigente graduatoria regionale e di non essere in possesso dei requisiti previsti per l'inserimento

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale: _____²
scadenza _____

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale: _____
scadenza _____

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale: _____
scadenza _____

(Contrassegnare la voce che interessa)

dichiaro inoltre:

- di essere consapevole, ed accettare, che assumendo l'incarico di sostituzione di un medico convenzionato per l'assistenza primaria assumo direttamente e formalmente le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati;
- di impegnarmi ad un legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti nel rispetto della vigente normativa sulla privacy;
- di garantire l'attività assistenziale nei confronti degli iscritti nell'elenco del medico sostituito secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio del medico sostituito.
- di impegnarmi ad utilizzare il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito
- di richiedere che i compensi eventualmente dovuti da parte dell'Azienda Sanitaria, mi vengano corrisposti mediante:

a) bonifico su Istituto di credito
Abi cab c/c numero
b)

Data,

(Firma del _ dichiarante)

Note: 1 ora d'impegno settimanale corrisponde a 37,5 pazienti in carico ad un medico di medicina generale od a 20 pazienti in carico ad uno specialista pediatra di libera scelta

dichiarazione a verbale n. 1

Art. 16 comma 7

L'organizzazione sindacale CGIL non concorda con le percentuali del 80% e 20% rispettivamente per la riserva dei posti carenti ai medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale e dei medici in possesso del titolo equipollente. La CGIL richiede una diversa distribuzione, rispettivamente 60% e 40% per consentire ai soggetti equipollenti una maggiore opportunità di impiego nell'ambito di tutta l'attività convenzionata. La Fimmg ribadisce, quale motivazione alle percentuali dell'80 e del 20%, che la scelta in tal senso è effettuata sulla base dell'effettivo ruolo del medico di medicina generale, considerato uno specialista del territorio a cui è attribuito il ruolo di garante dell'adeguata erogazione di assistenza sanitaria di base

dichiarazione a verbale n. 2

Art 33 comma 9

L'organizzazione sindacale CGIL chiede il mantenimento del rapporto ottimale 1 a 1000 perché la variazione a 1300 comporterebbe il blocco delle zone carenti e il conseguente mancato ingresso di nuovi medici di assistenza primaria, con conseguente minore occupazione e disservizio per l'utenza. Non concorda, pertanto, con la variazione.

Le altre Organizzazioni sindacali presenti esprimono parere favorevole in merito al riavvicinamento tra rapporto ottimale e massimale, soprattutto per privilegiare l'esclusività del rapporto convenzionale che, fra l'altro, garantisce maggiore appropriatezza prescrittiva da parte dei medici. Questa affermazione è avallata anche dalle Aziende sanitarie presenti.

dichiarazione a verbale n. 3

Art. 42 comma 3

La Cgil non concorda con il mantenimento della possibilità di riattribuzione della scelta allo stesso medico di fiducia, garantita anche oltre il max, in caso di temporanea sospensione dell'assistenza.

INDICAZIONI CONTENUTISTICHE PER LA COSTRUZIONE DI UNA “CARTA DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI DI BASE DA FORNIRE AL CITTADINO”

AZIENDA SANITARIA DI

Il cittadino residente o domiciliato e

- Il suo medico di famiglia
- Il servizio di continuità assistenziale (guardia medica)
- Il servizio di emergenza (118)

Informazioni utili ad un corretto utilizzo dei servizi territoriali messi a disposizione dal Sistema sanitario toscano

Depliant da spedire a casa di ogni residente o assistiti avente domicilio sanitario a cura di ogni Azienda con la precisazioni in merito:

- Al medico di famiglia che risulta essere stato scelto, con la precisazione delle modalità organizzative di erogazione dell'assistenza sanitaria, adottate

• Ai riferimenti telefonici e indirizzi dei punti guardia e del 118 di riferimento per quell'utente

Il medico di famiglia

Per garantire il rispetto di reciproca fiducia tra medico e assistito, che si fonda sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti, ogni assistito deve essere messo a conoscenza delle seguenti informazioni:

- il mancato esercizio del diritto di scelta del medico comporta che il cittadino non ha diritto alla prescrizione farmaceutica e specialistica sul ricettario del Servizio Sanitario Regionale;
- il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito già in carico al medico possono effettuare la scelta in favore dello stesso medico anche in deroga al massimale, purchè anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare; non è consentita questa deroga se il medico ha superato il 5% di comparto previsto rispetto al suo massimale;
- orario di apertura degli ambulatori convenzionati e indirizzi delle rispettive sedi;
- informativa in merito agli orari di ambulatorio con prenotazione e senza prenotazione;
- numero di telefono a cui il medico recepisce le chiamate al mattino dalle 8 alle 10 e il numero dal quale recepisce durante l'orario di attività ambulatoriale;
- conoscere le modalità organizzative dell'associazione a cui appartiene il proprio medico al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti
- conoscere i nominativi dei colleghi facenti parte della medesima forma associativa e orari dei rispettivi ambulatori convenzionati ai quali l'assistito in caso di bisogno può accedere; a tale proposito si precisa che, con valenza per tutti i medici aderenti a qualsiasi forma di associazione prevista dall'accordo collettivo nazionale:

ciascun medico della forma associativa è impegnato a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici appartenenti alla stessa forma associativa, fatta eccezione per i medici che aderiscono esclusivamente alla forma in "cooperativa"

l'ambulatorio convenzionato che deve garantire un arco di apertura di almeno 6 ore giornaliere distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, deve essere aperto almeno fino alle 19,00

i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di assistenza domiciliare in modo da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia nei periodi di assenza del proprio medico

inoltre per i medici che aderiscono alla forma associativa in rete:

deve essere gestita su supporto informatico la scheda sanitaria di ciascun assistito;

deve essere assicurato il collegamento reciproco degli studi dei medici per consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione

può essere garantito l'utilizzo da parte di ogni singolo medico di sistemi di comunicazione informatica per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda sanitaria, qualora l'Azienda stessa attivi il servizio in accordo con il medico di medicina generale

inoltre per i medici che aderiscono alla medicina di gruppo:

usufruiscono di una sede unica: "la sede del gruppo", articolata in più studi e che deve garantire l'apertura di almeno 6 ore giornaliere distribuite nel mattino e nel pomeriggio .

Quando il medico di famiglia è assente per motivi di salute, riposo, studio o altro:

Il medico deve fornire attraverso avviso lasciato nella segreteria telefonica e apposita informativa affissa negli studi convenzionati, il nome e i recapiti telefonici del sostituto.

Ciò che spetta all'assistito iscritto:

All'assistito iscritto negli elenchi di un medico di assistenza primaria spetta, **senza alcun corrispettivo** da pagare al proprio medico di fiducia o al suo sostituto :

le visite mediche:

- la visita domiciliare, nei casi in cui il paziente non possa recarsi effettivamente all'ambulatorio del medico, effettuata nel corso della giornata, se richiesta entro le ore 10,00 del mattino, il giorno successivo, entro le 12, se richiesta dopo le 10,00; la visita deve essere effettuata nel più breve tempo possibile qualora si tratti di una chiamata urgente, sempre che il MMG la recepisca di persona nella consapevolezza che il proprio medico di fiducia non svolge il ruolo dell'emergenza medica e che particolari situazioni (vedi sotto a 118) necessitano di un intervento con mezzi adeguati, non erogabili dal medico stesso;
- la visita ambulatoriale nel rispetto degli orari di apertura dell'ambulatorio convenzionato, nei limiti di numero di visite erogabili dal medico nell'arco temporale previsto per quella durata di ambulatorio, fermo restando la disponibilità del medico ad effettuare in soprannumero una prestazione ambulatoriale urgente richiesta;
- le visite programmate al domicilio dell'assistito erogate anche in forma integrata con l'assistenza specialistica e riabilitativa, con l'assistenza sociale e con l'assistenza infermieristica, dopo che è stato concordato con il medico di distretto il programma di assistenza, compreso il numero degli accessi domiciliari mensili previsto;
- le visite programmate e occasionali in caso di patologia acuta nelle residenze sanitarie (p.e. case di riposo) nel caso in cui l'assistito sia ricoverato temporaneamente o permanentemente in una di queste strutture;

le certificazioni:

- le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- la certificazione per incapacità temporanea al lavoro
- la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi
- la certificazione per l'idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico, con richiesta dell'autorità scolastica competente

le necessarie prestazioni sanitarie:

- tutte le prestazioni aggiuntive per la cui esecuzione il medico ha adeguata dotazione ambulatoriale e per le quali ha dato la propria disponibilità all'esecuzione, di cui al seguente elenco: prima e successive medicazioni, sutura di ferita superficiale, rimozione di punti di sutura e medicazione, cateterismo, tamponamento nasale, fleboclisi, iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica, tampone faringeo, vaccinazione antinfluenzale (elenco da rivedere in dettaglio)

le prescrizioni sul ricettario regionale:

- tutte le prescrizioni farmaceutiche e richieste per indagini specialistiche ritenute necessarie dal medico di medicina generale, rispettando la facoltà del medico, proprio perché garante della salute dell'assistito che lo ha scelto, di non essere il mero "trascrittore" di indicazioni o ricette diagnostiche o terapeutiche dello specialista non condivise; di questa mancata condivisione deve darne ovviamente motivata spiegazione al proprio paziente;
- la richiesta di consulto con il medico specialista qualora il medico di medicina generale lo ritenga necessario a conseguire la risposta ad un quesito diagnostico;

- la richiesta di trasporto sanitario;
- la richiesta di prestazioni termali;
- la richiesta di presidi sanitari

le prescrizioni sul ricettario personale del medico:

- per i farmaci in classe C, cioè non prescrivibili attraverso il servizio sanitario regionale
- per le prestazioni non comprese nei livelli di assistenza sanitaria , non erogabili attraverso il servizio sanitario regionale

la cartella clinica

- con una esplicita richiesta personale, l'assistito può esigere dal medico revocato la disponibilità di tutte le notizie cliniche relative al proprio stato di salute, rilasciate su supporto informatico, ove possibile, diversamente, su supporto cartaceo

Il cittadino è invece **tenuto a pagare**, in regime libero professionale, tutte le certificazioni non previste dall'elenco sopra indicato

Il cambiamento del medico di fiducia può avvenire per:

Variazioni di residenza dell'assistito:

In seguito a cambiamenti di residenza da parte dell'assistito nell'ambito della stessa azienda o di aziende limitrofe si possono configurare le seguenti fattispecie:

- nel caso che il cittadino trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo della medesima azienda manterrà il medico di fiducia, fino a quando non procederà ad eventuale nuova scelta
- nel caso che il cittadino trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo, ma rientrante nella competenza di altra azienda, deve essere avvertito, al vecchio indirizzo qualora quello nuovo non sia noto, informandolo della facoltà di mantenere lo stesso medico di fiducia qualora si presenti entro 60 gg presso gli sportelli della nuova azienda di residenza. Trascorso detto termine, senza che sia presentata richiesta di mantenimento dello stesso medico, si procederà alla cancellazione
- nel caso che il cittadino si trasferisca in ambito territoriale non limitrofo, appartenente alla stessa Azienda, il medico a suo tempo scelto viene revocato d'ufficio. L'utente ha la possibilità di mantenere invariato il domicilio sanitario, per motivi di salute, studio o lavoro), mantenendo l'iscrizione in capo al medico già scelto. In tal caso l'utente si presenterà agli uffici dell'Azienda per consentire l'accertamento della sussistenza delle condizioni previste, atte a garantire il diritto al domicilio sanitario
- nel caso di trasferimento in comune non limitrofo ed appartenente ad altra Azienda, la cancellazione dall'elenco del medico è immediata senza che siano opportunamente avviati gli ulteriori adempimenti

variazioni temporanee di domicilio:

- Nel caso di trasferimento temporaneo del domicilio, per un periodo non inferiore a tre mesi, in un comune diverso da quello in cui deve essere scelto il medico, l'assistito deve presentarsi allo sportello della ASL con la documentazione attestante il possesso dei

requisiti previsti per l'acquisizione del domicilio sanitario (contratto di lavoro, certificazione di frequenza per corsi di studi, certificato per comprovati motivi di salute rilasciato dallo specialista ASL, e, in caso di soggetti anziani, autocertificazione o dichiarazione di un medico da cui risulti che la persona necessita di assistenza particolare al domicilio del congiunto che lo ospita temporaneamente).

perdita del rapporto di fiducia:

- Nel caso sia venuto meno il rapporto di fiducia nei confronti del proprio medico è possibile effettuare, negli appositi uffici della azienda sanitaria, la revoca del medico stesso, scegliendo contestualmente un altro medico di fiducia.
- Nel caso di variazione di scelta a favore di un altro medico facente parte della medesima forma associativa del medico ricusato la scelta non può essere fatta senza che i competenti uffici acquisiscano la accettazione scritta della variazione da parte del medico scelto

In merito al “**Servizio di continuità assistenziale notturna e festiva**”
(Guardia Medica)

Garantisce l’assistenza medica di primo livello gratuita a tutta la popolazione, a domicilio e attraverso l’espletamento di attività ambulatoriale quando le condizioni strutturali lo consentono, per situazioni cliniche d’urgenza e comunque non differibili all’orario di attività del medico di assistenza primaria scelto dall’assistito e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi o prefestivi , secondo il seguente orario :

- dalle ore 20:00 alle ore 8:00 di tutti i giorni lavorativi
- dalle ore 8:00 del sabato e dalle 10,00 di ogni altro giorno prefestivo alle ore 8:00 del lunedì o del giorno successivo al festivo

I Medici di continuità assistenziale possono :

- prescrivere farmaci indicati per terapie d’urgenza, o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona, per un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore.
- rilasciare certificati di malattia in casi di stretta necessità, in particolare per lavoratori turnisti, e per un periodo massimo di tre giorni.
- proporre il ricovero in ospedale

I Medici di continuità assistenziale non possono:

- effettuare trascrizioni di farmaci o richieste di diagnostica strumentale proposte da medici in regime libero professionale, se non quando l’urgenza clinica non ne giustifichi la necessità

In merito al servizio di emergenza urgenza – il 118

è un servizio pubblico e gratuito di pronto intervento sanitario, attivo 24 ore su 24, , che gestisce tutte le chiamate per interventi urgenti e di emergenza: tramite la centrale operativa invia personale e mezzi adeguati alle specifiche situazioni di bisogno.

Il 118 è il numero unico valido sull'intero territorio nazionale. La chiamata è gratuita e da un telefono pubblico non c'è bisogno di monete né della scheda.

Al 118 si ricorre per:

- grave malore
- incidente stradale, sul lavoro, in casa, sportivo, ecc.
- situazioni che richiedono un ricovero d'urgenza
- situazione, certa o presunta, di pericolo di vita

