



ACCORDO REGIONALE DI ASSISTENZA PRIMARIA

PREMESSA

La Regione Sicilia, nel rispetto della normativa vigente e del PSN e PSR, nell'intento di un uso appropriato delle risorse, stipula con le organizzazioni sindacali rappresentative a livello regionale il presente accordo secondo quanto recitato nel D.P.R. n. 270/2000, capo VI.

Tale accordo ribadisce il ruolo centrale del medico di medicina generale (MMG) quale garante e gestore della salute globale del cittadino nel territorio, attraverso compiti e programmi di prevenzione, educazione sanitaria, potenziamento delle cure domiciliari e dell'assistenza dell'anziano, con la collaborazione delle strutture socio-sanitarie territoriali e di altre figure professionali.

Le parti, quindi, condividono l'esigenza:

- di garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza sanitaria in maniera omogenea sul territorio regionale;
- di pervenire al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la valorizzazione delle cure primarie, creando nel territorio opportunità tali da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini e ridurre il ricorso improprio all'assistenza sanitaria di secondo livello;
- di migliorare l'utilizzo delle risorse finanziarie regionali disponibili, improntandolo ai principi di appropriatezza, di efficacia, di efficienza e di equità degli interventi assistenziali, mirando contestualmente all'ulteriore qualificazione dell'assistenza sanitaria di base.

Tali obiettivi comprendono azioni strategiche tese alla razionalizzazione della spesa farmaceutica e alla riduzione del tasso di ospedalizzazione con l'incremento delle prestazioni assistenziali ambulatoriali, distrettuali e domiciliari.

A tal fine col presente accordo regionale si intende promuovere:

- la formazione continua del medico;
- la qualificazione degli studi medici mediante l'informatizzazione e la disponibilità di collaboratori di studio ed infermieri;
- l'incremento delle forme associative, per una più ampia accessibilità ai servizi da parte dell'utenza;
- alcune prestazioni aggiuntive tese ad aumentare tale accessibilità e fruibilità del servizio da parte dell'assistito;
- la funzionalità dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- la sperimentazione del lavoro in équipes territoriali finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale tra i vari operatori;
- l'adozione a livello regionale/aziendale di linee guida, condivise e concordate, per patologie di particolare rilevanza;
- la realizzazione e valorizzazione del distretto.

Il distretto rappresenta infatti il momento organizzativo fondamentale delle aziende unità sanitarie locali (AUSL), cui il servizio sanitario regionale (SSR) demanda l'integrazione tra i servizi sanitari al fine di garantire i livelli uniformi di assistenza nel territorio. Nel distretto assume un ruolo fondamentale il medico di famiglia (MdF): sia come attore principale nell'assistenza sanitaria territoriale, come garante e mediatore tra il bisogno-domanda di salute e la risposta che deve essere garantita dal SSR, sia per il coinvolgimento nelle problematiche distrettuali con la sua partecipazione attiva al monitoraggio delle relative attività e alla osservazione degli aspetti gestionali relativi all'uso delle risorse assegnate al distretto (come da decreto legislativo n. 229/99 e da D.P.R. n. 270/2000).

Quanto in premessa presuppone, per la sua centralità nell'assistenza del territorio, la piena responsabilizzazione del MdF, il quale, coerentemente con le previsioni dell'art.15/bis dell'ACN, è così impegnato ad operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse riducendo gli sprechi in merito all'accesso al ricovero, alle prestazioni di pronto soccorso, alle cure specialistiche, alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche attraverso l'osservanza delle condizioni e limitazioni contenute nei provvedimenti di legge e l'incremento dell'uso dei farmaci generici e genericabili.

In tale contesto appare essenziale che:

- A) i livelli di spesa programmabili siano in grado di determinare flussi di finanziamento particolarmente a favore dell'assistenza territoriale e primaria;
- B) le risorse recuperate, rispetto alla spesa storica, con la razionalizzazione di tutte le prestazioni indotte, siano utilizzate per una offerta di altri servizi territoriali più qualificati, efficaci e rispondenti a domande inevase e, in parte, per alimentare il budget di progetti-obiettivo nell'ambito della assistenza primaria;
- C) le AUSL, ai fini del monitoraggio di cui all'art. 14, comma 5, dell'ACN, attivino la commissione di cui all'art. 14, comma 4, dello stesso.

Ai fini di una corretta attuazione degli impegni presi dalle parti con il presente accordo, infine, si precisa quanto segue:

- il MdF convenzionato con il SSN è un medico libero professionista (come sancito dall'abolizione degli istituti ricollegabili alla dipendenza e dalla sentenza 22 novembre 1999, n. 813 della Suprema Corte di Cassazione a sezioni unite), che accetta obblighi e compensi previsti dall'ACN e dagli accordi regionali ad esso connessi, l'uno e gli altri liberamente sottoscritti dalle parti in causa: tutto quanto non previsto espressamente, nei suddetti regolamenti con valore di legge, ricade nell'attività libero professionale, normata solo dalla legislazione vigente, nazionale e regionale, e dal codice deontologico dell'ordine dei medici;
- variazioni di compiti e accordi con altri settori della sanità, che interessino il medico di assistenza primaria, devono preventivamente essere discussi e concordati con le organizzazioni sindacali di categoria;
- sarà compito dell'Assessorato regionale della sanità divulgare agli altri settori del mondo sanitario le norme del presente accordo integrativo, al fine della puntuale e corretta applicazione, anche ricorrendo al preliminare confronto fra le parti interessate;
- l'Assessorato regionale della sanità garantisce la vigilanza sul rispetto del presente accordo da parte delle aziende sanitarie.
- il presidente dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Palermo, nella qualità di ordine capofila, che firma il presente accordo per la parte deontologica, inviterà i presidenti delle altre province a vigilare sul rispetto di quanto sottoscritto e a intervenire con tutti i loro poteri per la loro competenza.

Art. 1

Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie

1. Entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, la Regione istituisce l'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.
2. Detto osservatorio, avente sede presso l'Ufficio speciale dell'Assessorato regionale della sanità, è presieduto dall'Assessore regionale per la sanità o suo delegato, ed è composto da un rappresentante per ciascun sindacato firmatario dell'A.C.N., designato dalle organizzazioni sindacali e dai rappresentanti di tre aziende unità sanitarie locali, individuate dall'Assessore regionale per la sanità.
3. L'osservatorio si riunisce ordinariamente ogni mese.
4. Compito dell'osservatorio è la formulazione di linee guida per assicurare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e vigilare sul rispetto della normativa vigente.
5. A tal fine i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nel rispetto del "Protocollo dei rapporti del MdF con gli specialisti" di cui al successivo art. 2, già approvato dal presidente dell'ordine dei medici di Palermo e di quanto previsto dall'art. 37 del D.P.R. n. 270/2000 e dal successivo art. 3 del presente accordo, provvederanno a diffondere le disposizioni che regolano i rapporti tra medici di assistenza primaria, medici specialisti e medici dipendenti da strutture pubbliche (ospedalieri, universitari, funzionari) e da strutture accreditate, relativamente alle procedure di accesso a prestazioni sanitarie a carattere diagnostico-terapeutico-riabilitativo e alle relative modalità di prescrizione, vigilando sulla loro corretta applicazione.
6. Eventuali anomalie riscontrate saranno comunicate, per i provvedimenti di competenza:
 - alle competenti commissioni di disciplina ex DD.PP.RR. n. 119 e n. 120/88 per i preaccreditati e gli accreditati esterni;
 - al direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale competente per l'applicazione degli artt. 14 e 15 D.P.R. n. 270/2000 per i medici di medicina generale e dell'art. 14 D.P.R. n. 271/2000 per i medici specialisti ambulatoriali interni;
 - al direttore generale dell'azienda sanitaria per i medici dipendenti;
 - al direttore generale dell'azienda ospedaliera universitaria per i medici universitari;
 - al presidente dell'ordine dei medici competente per territorio.

Art. 2

Protocollo dei rapporti con gli specialisti (ambulatoriali interni, preaccreditati, accreditati, ospedalieri, universitari)

1. I rapporti tra specialista e MdF devono essere fondati sul reciproco rispetto, nell'osservanza piena della deontologia medica e delle leggi in vigore, e sulla salvaguardia del diritto del paziente alla semplificazione delle procedure per la propria assistenza.
2. Il MdF è il responsabile primario dell'assistenza personale integrale dei propri assistiti e coordina tutti gli interventi specialistici che vengono praticati sul paziente che a lui si è affidato.
3. La richiesta di visita o indagini specialistiche, nel rispetto della legge sulla privacy, è corredata della diagnosi o del sospetto diagnostico: ove ne riscontri l'opportunità, il MdF potrà illustrare il quesito clinico allo specialista tramite colloquio personale o telefonico o lettera di accompagnamento.

4. L'accesso alla consulenza specialistica non può essere consentito senza la richiesta del medico curante, salvo i casi rientranti nell'accesso diretto e previsti nell'ACN.
5. La consulenza richiesta dal medico curante è rivolta allo stesso e quindi la risposta al quesito gli deve essere consegnata in busta chiusa tramite il paziente che deve essere successivamente informato dal proprio medico di fiducia.
6. In caso di accessi diretti lo specialista (dipendente o ambulatoriale interno) formula direttamente sul ricettario regionale le relative richieste, nei limiti della legge vigente e sempre facendo salva la completa informazione del medico curante.
7. Quando il medico curante richieda solo indagini, lo specialista deve limitarsi all'esecuzione di esse, senza trascurare l'annotazione del "range" di normalità.
8. Al termine della consulenza (presa visione, senza altra richiesta del curante, di eventuali indagini o ulteriori consulenze richieste), lo specialista formula la diagnosi consigliando l'indirizzo terapeutico, indicando i principi attivi, e l'eventuale programma di monitoraggio. L'eventuale cambio della terapia, instaurata dal curante, dovrà essere motivato secondo i criteri dell'EBM (medicina basata sull'evidenza).
9. Non è consentita la riprenotazione automatica del paziente, senza il preventivo consenso del MdF, salvo i casi di "passaggio in cura", più avanti esplicitati.
10. La relazione del consulente specialista deve essere leggibile e deve obbligatoriamente riportare: data, nome e cognome del paziente, intestazione dell'ente o del reparto, timbro per l'identificazione dello specialista, firma: non sono consentiti moduli che prevedano la selezione dei singoli esami prestampati mediante biffatura o altra evidenziazione.
11. In nessun caso si potrà far carico al medico di famiglia di prescrizioni che non vengano condivise (principio di scienza e coscienza) o che siano improprie.
12. L'assunzione in cura del paziente da parte dello specialista (cosiddetto "passaggio in cura") può avvenire solo su richiesta motivata del MdF oppure, in casi eccezionali, per urgenti necessità terapeutiche e/o diagnostiche; in tal caso lo specialista darà motivata comunicazione, in busta chiusa, al MdF, che non sarà tenuto a formulare ulteriori richieste di consulenze per lo stesso specialista né ulteriori proposte di accertamenti.
13. La relazione di dimissione del paziente dalla struttura pubblica dovrà contenere diagnosi completa, terapia praticata e consigliata, monitoraggio programmato; per i pazienti per i quali, comunque, siano previsti e programmati, per la definizione della diagnosi e per necessità terapeutiche, successivi controlli o interventi motivati, l'accesso alla struttura pubblica deve essere diretto.
14. Dopo la dimissione del paziente, anche da reparti di alta specializzazione, esclusivamente il MdF seguirà il paziente, sulla scorta del monitoraggio consigliato, salvo terapie specialistiche eseguibili solo in ospedale o esigenze dello stesso curante che possono sfociare nell'assistenza domiciliare integrata.
15. Deve rendersi reale la possibilità di accesso del MdF negli ambienti di ricovero nelle fasi di accettazione, degenza e dimissione (applicazione dell'art. 35 del D.P.R. n. 270/2000).
16. Per quanto non previsto qui sopra fanno testo l'ACN e il codice di deontologia medica.

Linee guida per la prescrizione

In attesa della definizione di percorsi aziendali di cura e assistenza, i medici di medicina generale si impegnano a razionalizzare il ricorso alla specialistica ed alla diagnostica e ad implementare la prescrizione di farmaci generici e genericabili e farmaci copia, ai fini dell'aderenza alla media nazionale.

Al fine della razionalizzazione e del contenimento della spesa farmaceutica vengono istituite le "Linee guida per la prescrizione".

Tutti gli operatori sanitari prescriventi che a qualsiasi titolo operano all'interno o per conto del SSN sono tenuti alla conoscenza di tali linee guida e degli eventuali adeguamenti e alle verifiche richieste.

Le AUSL e le aziende ospedaliere, anche d'intesa tra loro, con la partecipazione dei rispettivi servizi farmaceutici, curano la formazione e l'informazione del medico dipendente e convenzionato sulla base di linee guida elaborate in sede regionale in accordo con le organizzazioni sindacali dei medici e dei farmacisti, con particolare riguardo alle limitazioni di legge relative alla prescrivibilità e/o concedibilità dei farmaci a carico del SSN, alle modalità specifiche di prescrizione, alla responsabilizzazione del medico prescrivente (art. 31 legge n. 833/78; art. 1, comma 16, legge n. 724/94; art. 1, comma 4, legge n. 425/96; art. 1, comma 4, decreto legislativo n. 322/96; circolare del ministero della sanità 23 ottobre 1996 in Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana 29 ottobre 1996, n. 254; art. 15/decies legge n. 229/99; art. 36, comma 7 e art. 37, comma 4, D.P.R. n. 270/2000).

E' fatto obbligo alla AUSL e/o azienda ospedaliera inviare al singolo medico copia delle linee guida.

Tali linee guida dovranno contenere, fra l'altro, le seguenti indicazioni:

- 1) l'adempimento delle norme burocratiche di legge relative alla singola prescrizione (registro USL, piano terapeutico, ecc.) e l'obbligo di informazione dell'assistito sulle limitazioni di legge alla concedibilità del farmaco (note CUF, ecc.) sono assolutamente a carico del primo medico che propone la terapia, il quale dovrà annotare di suo pugno, su qualsivoglia tipo di ricetta, quando il farmaco è "farmaco non concedibile dal SSN, a carico del paziente";
- 2) per i farmaci la cui prescrizione è soggetta a particolari procedure ai fini della concedibilità (registro USL, note CUF o altro), la mancata attivazione di esse da parte del medico proponente sottintende la non concedibilità;
- 3) fatta salva per il medico dipendente la prescrizione sul ricettario regionale, secondo quanto previsto dalla circolare dell'Assessorato della sanità del 25 settembre 2002, n. 1095, le altre proposte terapeutiche destinate al medico prescrivente, anche sulla cartella di dimissione, devono limitarsi al principio attivo o gruppo terapeutico.

Le prescrizioni di farmaci devono essere conformi alle disposizioni contenute nella legge 8 aprile 1998, n. 94 e successive modifiche ed integrazioni;

4) le prescrizioni di farmaci non conformi alle disposizioni di legge devono essere segnalate dal medico di medicina generale, per gli eventuali provvedimenti di competenza, all'Osservatorio regionale di cui all'art. 1 del presente accordo, al dipartimento cure primarie dell'azienda unità sanitaria locale di pertinenza e all'ordine dei medici provinciale;

5) a decorrere dalla data di pubblicazione del presente accordo, le prescrizioni non conformi alle linee guida ed alla legislazione vigente dovranno essere contestate, di norma, al medico prescrivente entro 90 giorni e comunque non oltre 180 dalla consegna all'unità operativa farmaceutica aziendale.

Art. 4

Programmi di attività e livelli di spesa programmati (ex art. 72 del D.P.R. n. 270/2000)

Fermo restando quanto previsto dall'art. 72 del D.P.R. n. 270/2000, si ritiene, in attuazione al comma 8 dello stesso articolo, che a ciascun progetto debbano partecipare un gruppo di medici operanti nello stesso distretto o almeno 30 medici operanti nei grandi comuni (Palermo, Catania e Messina).

I risparmi derivanti da tale progetto devono essere reinvestiti nelle attività di assistenza primaria, previste dall'art. 45 del D.P.R. n. 270/2000, con destinazione esclusiva ai medici partecipanti al progetto.

Art. 5

Assistenza farmaceutica e modulario (ex art. 36 del D.P.R. n. 270/2000)

1. La rilevazione ed elaborazione informatizzata degli aspetti quali-quantitativi delle prescrizioni mediche, verso cui vanno uniformandosi tutte le AUSL, rappresenta il presupposto per l'acquisizione dei dati necessari alla verifica sia dell'andamento e della regolarità prescrittiva dei medici, che del perseguimento degli obiettivi in materia di livelli di spesa programmati.
2. Alla luce di quanto sopra esposto ed in armonia con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sanzioni nei confronti dei medici in ordine alle irregolarità prescrittive, assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici operanti direttamente o per conto del SSN al puntuale rispetto di tutti gli obblighi prescrittivi posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati.
3. Sul ricettario standardizzato regionale le prescrizioni (come le richieste, le proposte e le certificazioni) saranno effettuate con mezzo meccanico (computer) o a mano, utilizzando inchiostro scuro (blu o nero); inoltre, finché sarà in uso il codice fiscale, non saranno usate le caselle per il sesso, mentre quelle per l'età saranno usate solo sino a quando saranno contrassegno di esenzioni dai tickets; ancora, non saranno usate le caselle per l'AUSL e provincia, se l'assistito è residente nell'ambito della stessa provincia, l'indirizzo sarà riportato solo nei casi previsti dalla legge; nessuna sanzione per imperfezioni formali (centratura caselle) si applicherà a carico dei medici sino all'adozione eventuale, generalizzata, di un mezzo meccanico fornito dalla AUSL a proprie spese, fermo restando l'obbligo da parte del medico di scrivere nel modo più chiaro possibile; non occorre il timbro nella compilazione informatica.
4. La necessità di erogazione di presidi, siringhe, prodotti dietetici e di ogni altro ausilio (prescrizioni improprie), si limita all'indicazione generica del tipo di ausilio, assolutamente senza ulteriori precisazioni descrittive e senza quantizzazione. Ogni ulteriore procedura tendente all'accertamento della patologia, diagnosticata dal MdF, e/o della quantità e del tipo di presidi è a carico dell'azienda e nessuna richiesta può essere fatta al MdF.
5. Le indagini per rilascio patente, assunzioni, idoneità lavorative, concorsi o altre motivazioni, non connesse alle necessità diagnostiche del MdF, non sono a carico del servizio sanitario nazionale.
6. Tutti gli esami di laboratorio, a prescindere dalla metodica di esecuzione (RIA, EIA, ELISA, ecc.), devono essere proposti sulla stessa ricetta nel numero massimo previsto dalle leggi in vigore.
7. I farmaci ad elevato costo sono distribuiti, per il periodo necessario al trattamento terapeutico, direttamente dalle farmacie della AUSL.

Art. 6

Certificazioni di malattia

I moduli sub allegato F del D.P.R. n. 270/2000 debbono essere spediti al MdF dall'INPS.

La certificazione di infortunio sul lavoro è prestazione libero-professionale.

Art. 7

Cedolini ed elenchi

I cedolini dei compensi mensili, redatti analiticamente per singole voci, e gli elenchi assistiti semestrali o le variazioni mensili saranno spediti al MMG al recapito da lui fissato.

Art. 8

Esenzioni dai tickets

1. Gli attestati di esenzione devono riportare, pena la validità, terapia e indagini esenti dai tickets, ciò anche per la corresponsabilizzazione del paziente e del medico prescrivente; l'elenco delle prestazioni esenti deve essere unico in caso di esenzioni plurime, come unico deve essere l'attestato che le contiene.
2. Per le esenzioni per patologia sarà biffata la casella "A" sul ricettario regionale.
3. Per le esenzioni totali sarà biffata la casella "R" sul ricettario regionale.
4. Per le esenzioni parziali sarà biffata la casella "A" con l'aggiunta dell'acronimo "INV" nella casella destinata al "numero di esenzione".
5. Per assenza di esenzione barrare la casella destinata al "numero di esenzione"
6. Il numero del documento di esenzione non va riportato nella apposita casella.
7. Lo stato di gravidanza, ai fini dell'esenzione, deve essere espresso nella diagnosi, con la sola precisazione della data dell'ultima mestruazione; nessun altro onere può essere a carico del MdF e nessun attestato di esenzione è previsto dalle leggi.
8. Lo stato di gravidanza a rischio deve essere attestato direttamente dal ginecologo dipendente o accreditato, anche per le prescrizioni dei ginecologi liberi professionisti.
9. Ferme restando le esenzioni per patologia (decreto ministeriale n. 329/99) già riconosciute dall'azienda unità sanitaria locale competente per territorio, dalla data di pubblicazione del presente ACR, le esenzioni per patologia saranno certificate solamente dal MMG. Ottenuta la certificazione attestante la patologia, l'azienda rilascerà il relativo tesserino come specificato precedentemente al primo punto.

Art. 9

Richieste e proposte

1. Le indagini clinico-strumentali vanno raggruppate per branca e non secondo l'ubicazione dei locali nella struttura pubblica.
2. Le proposte di indagini e/o visite specialistiche hanno una validità di 30 giorni ai fini della prenotazione, le proposte di indagini e/o visite specialistiche prenotate entro tale periodo, restano valide sino alla data di esecuzione presso le strutture sia pubbliche che preaccreditate o accreditate.

3. Le indagini possono essere richieste dal medico anche per la prevenzione oltre che per una specifica diagnosi.
4. L'accertamento del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket, nei casi di prestazioni erogate o proposte direttamente dallo specialista, è di competenza dello stesso.
5. Le indagini ai fini di ricerca clinica saranno effettuate nei centri stessi e non possono essere richieste trascrizioni al MdF.

Art. 10

Studio medico

Lo studio del medico di assistenza primaria è uno studio privato ai sensi del D.P.R. 1 marzo 1961, n. 121, e ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78 e pertanto non necessita di autorizzazione ai sensi dell'art. 193 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265: deve solo rispondere ai requisiti fissati dall'art. 22 del D.P.R. n. 270/2000.

Art. 11

Sostituzioni

Il MdF può essere sostituito da qualunque medico abilitato, che non abbia incompatibilità; anche se massimalista.

Art. 12

Revoche e ricusazioni

1. La revoca del militare di leva deve intendersi come sospensione limitata al periodo di ferma con reinserimento automatico dalla data del congedo salvo diversa scelta operata dall'assistito.
2. L'azienda è tenuta a comunicare al medico interessato la revoca per decesso entro 12 mesi dall'evento e l'effetto economico non può eccedere tale periodo.
3. Il cittadino, che trasferisca la propria residenza in un comune situato in un diverso ambito territoriale della medesima azienda, continua ad essere assistito dal medico che lo aveva in cura, previo assenso dello stesso medico e tranne espressa revoca o ricusazione.
4. L'AUSL provvederà a comunicare al medico interessato la revoca di cui al comma precedente del presente articolo entro e non oltre due mesi dall'avvenuto trasferimento da parte dell'assistito: l'effetto economico non potrà eccedere tale periodo.
5. Le stesse limitazioni temporali ed economiche, di cui al comma precedente, si applicano per eventuali altre revoche d'ufficio.

Art. 13

Compenso aggiuntivo

1. Il compenso aggiuntivo non è meccanismo di adeguamento al costo della vita, ma parte integrante dell'onorario professionale relativo alla medesima attività professionale che il medico svolge nei confronti di ognuno dei suoi assistiti; pertanto la compilazione della risposta al punto 20) dell'allegato L dell'ACN è ininfluenza per la corresponsione del detto compenso e viola la privacy, per cui non va compilata dal medico.

Art. 14

Rappresentatività sindacale (ex art. 10 del D.P.R. n. 270/2000)

Le consistenze associative su base regionale ed aziendale di tutte le organizzazioni sindacali, rilevate ai sensi del comma 2 dell'art. 10 del D.P.R. n. 270/2000, devono essere trasmesse anche alle segreterie regionali delle organizzazioni sindacali interessate.

Art. 15

Utilizzo delle risorse

Eventuali residui attivi derivanti dalle risorse destinate ai compiti regionali aggiuntivi svolti dai MMG vanno riassegnati, nel corso dell'anno successivo agli stessi istituti ed ai medici che vi hanno partecipato.

Art. 16

Diritti sindacali (ex art.9 del D.P.R. n. 270/2000)

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nel comitato permanente regionale, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfettario di E 100,00 lorde, oltre le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme.
2. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nel comitato aziendale è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfettario di E 80,00 lorde.
3. Al fine della corresponsione del compenso di cui ai precedenti commi, il medico presenta all'AUSL di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute. I rimborsi sono erogati al medico avente diritto entro i due mesi successivi a quello di ricezione della richiesta.
4. Il diritto al rimborso decorre dalla data di pubblicazione del presente accordo nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana.
5. Le somme attribuite per le ore di attività sindacale ai rappresentanti sindacali vanno corrisposte, nella misura del 50%, entro il 30 giugno e del restante 50% entro il 31 dicembre dello stesso anno.

I rapporti economici tra rappresentanti sindacali e sostituti sono disciplinati dalle disposizioni contenute nell'art. 23, comma 4, del D.P.R. n. 270/2000

Art. 17

Attività integrative e aggiuntive di assistenza

1. Con l'obiettivo di migliorare e sviluppare la disponibilità nel settore delle cure primarie e delle prestazioni erogate, unitamente alla facilitazione della accessibilità dei cittadini al MdF, nell'ottica di una continuità assistenziale per un miglior utilizzo dei servizi di 2° livello, per ridurre gli accessi impropri ai servizi di pronto soccorso e i conseguenti eventuali ricoveri, viene individuata una forma aggiuntiva di assistenza territoriale, con cui il MMG deve garantire:

- la disponibilità telefonica diurna: dalle ore 8 alle 20 nei giorni feriali, dalle 8 alle 10 il sabato ed i prefestivi, anche organizzandosi in forma associata, avvalendosi delle attuali tecnologie (telefonia mobile, trasferimento di chiamata, ecc.), le cui modalità sono comunicate al distretto.

La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile (art. 33, comma 4, del D.P.R. n. 270/2000);

- orario di apertura studio: almeno 1 h. e 15 m' ogni 100 assistiti su 5 giorni la settimana, fino ad un massimo di 18 ore per 1.500 scelte e con un minimo, comunque, di 10 h. Tale impegno riguarda il singolo medico, anche se svolge attività in forma associata. L'orario va considerato complessivamente, nel caso di attività in più studi;
- regolazione degli accessi, con almeno due delle seguenti modalità:
 - a) ricevere su prenotazione almeno tre giorni la settimana;
 - b) ricevere cinque giorni in modalità "mista": accesso libero e accesso su prenotazione, riservando al secondo almeno la metà dell'orario di apertura;
 - c) utilizzare personale di segreteria (collaboratore di studio medico: art. 45, lett. B4, del D.P.R. n. 270/2000);
 - d) uso di sistema "elimina-code" in sala d'attesa;
- informatizzazione dello studio, fornito di modem e stampante e collegato ad internet, con indirizzo e-mail noto all'AUSL;
- partecipazione ad ADI-ADP-ADR;
- adesione a linee guida regionali per la prescrizione (vedi art. 3);
- adesione a linee guida aziendali, concordate e condivise con le organizzazioni sindacali e scientifiche della medicina generale.

2. L'adesione dei medici, operanti sia singolarmente che in forme associative, di cui all'art. 40 del D.P.R. n. 270/2000, è facoltativa e deve essere comunicata all'AUSL ed al comitato regionale (art. 12 del D.P.R. n. 270/2000), con raccomandata postale A/R, per l'opportuno coordinamento con le altre attività aziendali, fatta salva la possibilità, da parte dell'azienda stessa, di verificare in qualsiasi momento l'aderenza all'impegno.

3. Per l'attività aggiuntiva, di cui al presente articolo, viene corrisposta a ciascun medico la somma annuale di E 6,00 per assistito, fino al massimale individuale. Le indennità decorrono dal momento della comunicazione.

4. Al fine di favorire una corretta informazione degli assistiti, l'azienda unità sanitaria locale nei punti di scelta e revoca espone un elenco nominativo dei medici di assistenza primaria che possono acquisire le scelte, indicando a fianco di ciascun nominativo:

- a) ubicazione dello studio medico o degli studi con i relativi orari, telefono, e la parte di orario destinata alle visite su appuntamento;
- b) eventuali standard (adesione alle forme associative, informatizzazione, adesione alle attività aggiuntive).

Art. 18

Prestazioni di particolare impegno professionale aggiuntive

Al fine di ridurre le liste d'attesa e di offrire servizi in tempi celeri, in via sperimentale, per un periodo di anni uno dalla pubblicazione del presente ACR, i medici di assistenza primaria possono eseguire, nel corso dell'attività convenzionale, senza autorizzazione da parte dell'AUSL, sia come prevenzione sia come monitoraggio di patologie croniche, anche per favorire l'implementazione di percorsi clinico-assistenziali a livello aziendale e/o distrettuale, le seguenti prestazioni:

- ECG;
- spirometria;

- asportazione tappo cerume;
- esame audiometrico (non valido ai fini dell'acquisizione di protesi acustiche);
- toilette chirurgica delle escare necrotiche su ulcere da decubito;
- incisione di ascessi.

Tali prestazioni saranno retribuite secondo tariffario regionale e non potranno superare il tetto del 20% dei compensi professionali; se eseguite a domicilio del paziente, dovrà essere aggiunto il pagamento della visita domiciliare, come previsto per le ADP dal presente accordo.

Ai fini del pagamento dei compensi, il medico è tenuto ad inviare, entro il 15° giorno di ciascun mese, il riepilogo delle prestazioni aggiuntive eseguite nel corso del mese precedente.

Per ciascuna prestazione vanno indicati: nome, cognome, indirizzo e codice fiscale dell'assistito, diagnosi, data d'effettuazione.

Art. 19

Follow-up per i diciottenni

Nella considerazione che i giovani nati a partire dall'1 gennaio 1985 non vengono più sottoposti alla visita obbligatoria di leva, che costituiva un momento di screening e di diagnosi precoce per alcune patologie, si rende necessario sostituire tale visita con un bilancio di salute, da estendere anche alla popolazione femminile, con la finalità di fronteggiare alcune emergenze sanitarie che investono tutta la società: obesità, dismetabolismi, fumo, depressione, infertilità, ecc.

Pertanto, attraverso una medicina di iniziativa, il MMG dovrà convocare i propri assistiti, al compimento del 18° anno di vita, e sottoporli ad una visita generale che preveda un'accurata anamnesi, la valutazione delle funzioni dei vari organi ed apparati (anche attraverso l'esecuzione di esami strumentali ed ematochimici di base) e, in ultimo, la somministrazione di test che esplorino il disagio personale, familiare, sociale.

Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo sarà definita la relativa scheda.

Per la valutazione e la compilazione di tale scheda, al MMG viene corrisposto un compenso di E 30,00.

Art. 20

Indennità di collaborazione informatica (ex art. 45)

Si conferma la regolamentazione prevista dall'art. 45 del D.P.R. n. 270/2000.

Relativamente alle indennità di collegamento telematico si conferma il decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 63 del 19 dicembre 1998.

Art. 21

Associazionismo (ex art. 40 del D.P.R. n. 270/2000)

Tale istituto è stato regolamentato dal decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 19 del 27 aprile 2001 e dal D.P.R. n. 270/2000, art. 71, comma 3 e 4. Tale regolamentazione sarà rivisitata entro 180 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo.

Art. 22

Maggiorazioni per zone disagiate e disagiatissime

Con successivo provvedimento si procederà alla definizione dei criteri regionali per la individuazione, da parte delle aziende unità sanitarie locali delle zone disagiate e disagiatissime.

Art. 23

Attività di prevenzione

In coerenza con il PSN 2003-2005, che raccomanda alle regioni di "investire in prevenzione":

1. La Regione o le aziende unità sanitarie locali, in accordo con i comitati di cui agli artt. 11 e 12 dell'ACN, individuano le aree tematiche di prevenzione da realizzarsi in ambito regionale, aziendale o distrettuale.
2. Il medico che aderisce al progetto è tenuto a:
 - a) partecipare alla sessione di formazione specifica del progetto;
 - b) attenersi ai protocolli operativi stabiliti nel progetto;
 - c) fornire l'informazione necessaria alle persone da loro assistite al fine di garantire un'adesione e un accesso consapevoli allo screening;
 - d) selezionare, tra i suoi assistiti, le persone eleggibili;
 - e) seguire i suoi assistiti nelle fasi diagnostiche e terapeutiche correlate o conseguenti allo screening, secondo i protocolli del progetto.
3. Ai MdF saranno forniti gli elenchi degli assistiti non aderenti agli inviti ed i risultati dei test relativi agli aderenti.
4. Le attività di prevenzione potranno essere rivolte con particolare attenzione alle seguenti patologie nonché ai danni ad esse correlate:
 - a) diabete e malattie dismetaboliche;
 - b) malattie cardio-cerebro-vascolari;
 - c) malattie oncologiche;

- d) epatiti croniche;
- e) malattie gastrointestinali;
- f) malattie broncopolmonari;
- g) malattie uro-andro-ginecologiche.

5. Le attività di prevenzione, inoltre, potranno comprendere:

- a) sperimentazione di ambulatori dedicati alle patologie di maggior rilievo per la assistenza primaria, con pagamento a tariffa e/o a pacchetto di prestazioni aggiuntive;
- b) diffusione di una corretta informazione sui trapianti di organi e tessuti, allo scopo di favorire una scelta consapevole sulla donazione degli organi a scopo di trapianto;
- c) promozione di iniziative rivolte all'informazione della popolazione in ordine alla appropriatezza degli interventi sanitari e al corretto uso dei farmaci, con particolare riguardo all'utilizzo dei farmaci generici;
- d) promozione di progetti e campagne di prevenzione e screening, che prevedano il coinvolgimento in prima persona del MdF nella disassuefazione dal fumo e in progetti di educazione alimentare;
- e) partecipazione a sistemi di individuazione delle priorità d'accesso a prestazioni di secondo livello, rilevanti e selezionate.

In particolare si suggeriscono:

- 1) attivazione di progetti per la prevenzione cardio-cerebro-vascolare con:
 - utilizzo della carta del rischio sulla popolazione bersaglio;
 - counseling educativo;
 - gestione dei soggetti ad alto rischio;
 - coinvolgimento nella gestione ammalati con malattia clinicamente espressa (a partenza mista).
 - la modificazione dei fattori di rischio quali fumo, inattività fisica, alimentazione errata, ipertensione, diabete mellito;
 - il trattamento con i farmaci più appropriati;
- 2) prevenzione oncologica: Attivazione progetti mirati a campagne di sensibilizzazione per la prevenzione del K mammella, del K colon-retto e del K collo dell'utero, attraverso i relativi screening di comprovata efficacia nella riduzione del tasso di mortalità e morbilità.

Nella predisposizione del progetto di cui ai punti 1 e 2 sarà stabilito un incentivo per i MMG che partecipano al progetto, subordinandolo al raggiungimento degli obiettivi concordati.

3- Attività di prevenzione delle malattie respiratorie acute degli anziani e soggetti a rischio. Facendo seguito alle indicazioni del PSN e del PSR che riconoscono importanza primaria alla prevenzione e che riconoscono nel MdF la figura professionale di riferimento, le aziende con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative promuovono campagne di prevenzione. Tale attività resta regolamentata economicamente dall'accordo nazionale, ove prevista.

Art. 24

Tutela dell'anziano: valutazione socio-sanitaria

Nella considerazione che la valutazione multidimensionale costituisce di per sé elemento di prevenzione e di risposta precoce ai bisogni emergenti e che molti studi costo-efficacia hanno dimostrato che la somministrazione della scheda da parte dei MdF è ampiamente ripagata in termini

di riduzione di ricoveri o interventi inappropriati, si ritiene che dati reali e aggiornati dei bisogni sanitari nel territorio (esigenza primaria specificamente indicata nel PSN e nel PSR) sono la base fondamentale per un'appropriata allocazione delle risorse economiche.

Tale rilevamento assume particolare importanza se rivolto agli anziani che necessitano di maggiori risorse economiche, le quali, quindi, devono essere correttamente indirizzate secondo le reali necessità.

A tale scopo, viste la presenza capillare nel territorio del MdF e la sua stretta conoscenza delle problematiche e dell'ambiente di vita dei cittadini, è realizzata una scheda di valutazione multidimensionale riservata ai cittadini che hanno compiuto 69 anni.

Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente ACR l'Assessore regionale per la sanità approva la scheda multidimensionale sia su supporto cartaceo che su supporto informatico.

Al MdF sarà corrisposto un compenso di E 30,00 per ogni scheda entro il 1° mese successivo a quello di consegna delle schede.

La valutazione annuale migliora la qualità della vita dell'anziano, come dimostrato in studi controllati basati sulla medicina dell'evidenza (ad es. Stock ed altri, pubblicato su BMJ), si è dimostrata più efficace della terapia tradizionale nel ritardare i ricoveri in lungo-degenza o permanenti e ha migliorato le condizioni funzionali delle persone anziane, che vivono al proprio domicilio, anche attraverso una medicina d'iniziativa, che il medico intraprende una volta rilevati i bisogni spesso latenti.

ASSISTENZA DOMICILIARE (ADI ADP ADR)

Art. 25

Assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP) (ex art. 39, comma 1, lett. B, e allegato G del D.P.R. n. 270/2000)

1. Le AUSL, in accordo con i sindacati rappresentativi, in relazione alle esigenze sanitarie della popolazione assistita non ambulabile e all'aumento della popolazione anziana non autosufficiente, potranno prevedere il superamento del tetto di cui all'art. 45, lett. C1, comma 2, ACN. In ogni caso, la percentuale del 25%, prevista in atto come tetto di spesa (o altra successiva determinazione), per le prestazioni di cui all'allegato G, si riferisce all'ambito regionale e non ai compensi del singolo medico, consentendo una distribuzione delle disponibilità a quei medici con elevata percentuale di anziani tra i propri assistiti.
2. Il numero degli accessi retribuiti al medico, in funzione della percentuale del 25% o altra determinazione, viene calcolato sulla base del compenso mensile corrisposto al medico al momento della attivazione del programma di assistenza. Non è dovuta la ripetizione delle somme eccedenti il 25% o altra determinazione in caso di successiva riduzione dei compensi mensili.
3. Nelle more della costituzione dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, eventuali controversie tra il medico di assistenza primaria e l'azienda USL, in merito all'attivazione o sospensione del programma di ADP, saranno sottoposte alla valutazione del comitato aziendale di cui all'art. 11 del D.P.R. n. 270/2000.
4. L'ADP può essere espletata anche nelle R.S.A e/o nelle case alloggio o case albergo (nelle more che venga attivata l'ADR come più avanti previsto).

Art. 26

Assistenza domiciliare integrata (ADI) (ex art. 39, comma 1, lett. a, e allegato H del D.P.R. n. 270/2000)

1 - Procedure per l'attivazione

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, le aziende provvederanno a nominare per ogni distretto un medico responsabile dell'ADI.

A consulenza viene previsto, inoltre, l'intervento di altri medici specialisti (geriatri, oncologi, fisiatristi, cardiologi, chirurghi, otorinolaringoiatri, oculisti, etc.) da reperire tra i medici dipendenti, convenzionati interni o, in relazione a specifici accordi aziendali, anche convenzionati esterni accreditati.

Entro 48 ore dalla segnalazione, il medico del distretto sottopone il caso clinico al medico responsabile del servizio ADI, che ne valuta la congruità ed eventualmente provvede a disporre l'attivazione nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 48 ore.

2 - Valutazione multidimensionale

Momento fondamentale per l'accesso dell'ADI è la valutazione multidimensionale. La valutazione multidimensionale va fatta a domicilio del paziente dalle seguenti figure professionali:

- responsabile dell'ADI distrettuale o suo delegato;
- MMG anche con funzione di "case manager";
- lo specialista ambulatoriale interno o esterno pre-accreditato od ospedaliero;
- infermiere o fisioterapista;
- assistente sociale.

Per la valutazione, effettuata a domicilio del paziente, sarà corrisposta al MMG, la somma di E 75,00.

3 - Piano assistenziale individualizzato

Il medico responsabile dell'ADI distrettuale predispone, acquisito il consenso informato scritto dell'assistito o dei suoi familiari, il piano individualizzato assistenziale, di cui all'allegato H, art. 3, comma 4, dell'ACN.

Il piano assistenziale del servizio di ADI non può essere attivato in caso di dissenso motivato del MdF dell'assistito.

4 - Numero degli accessi

Il numero massimo di accessi del MdF per il servizio ADI è 50 per assistito e per anno: tale attività non dovrà, comunque, avere refluenze sulla normale attività ambulatoriale e domiciliare indicata all'art. 31 dell'ACN.

Le prestazioni aggiuntive erogate in regime di ADI e previste alle lettere A e B del nomenclatore dell'allegato D del D.P.R. n. 270/2000 sono retribuite in aggiunta al compenso previsto per l'accesso, di cui all'art. 5 dell'allegato H.

Tali prestazioni non soggiacciono alle limitazioni previste dal comma 9 dell'allegato D del D.P.R. n. 270/2000.

In sede di prima applicazione le prestazioni e attività aggiuntive previste dall'art. 70 dell'ACN, così come regolamentate dal presente ACR, sono destinate prevalentemente alla popolazione anziana ultrasessantacinquenne, nonché ai malati terminali. Con successivo accordo tra le parti - in sede di

verifica dei risultati - potranno essere individuate ulteriori patologie cui destinare prestazioni ed attività aggiuntive.

5 - Verifiche

Il periodo di rivalutazione del programma di ADI viene stabilito con cadenza al massimo trimestrale.

Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.

Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col MMG.

Le parti si impegnano a verificare, ad un anno dall'entrata in vigore del presente accordo, l'effettiva realizzazione dell'ADI.

Art. 27

Assistenza domiciliare residenziale (ADR) e sistema della residenzialità (ex art. 39, comma 1, lett. c, del D.P.R. n. 270/2000)

1 - Premessa

L'assistenza programmata nei confronti degli ospiti in residenze protette e collettività, nodi essenziali della rete dei servizi socio-assistenziali, deve essere considerata uno dei momenti qualificanti ed irrinunciabili per una risposta efficace e razionale ai bisogni di chi ha perduto, parzialmente o totalmente, la propria autonomia.

L'assistenza del MdF nelle residenze protette e collettività viene erogata in strutture socio-assistenziali differenziate, a causa della diversa gradualità di interventi e per la differente tipologia dell'utenza, il suo impegno deve sostanziarsi nella piena disponibilità a:

- a) dispiegare l'intervento professionale oltre l'ambito tecnico-sanitario fino a ricomprendervi la globale considerazione del fabbisogno di salute degli ospiti sia in termini sociali che umani;
- b) collaborare con gli operatori di diversa professionalità, che assistono gli ospiti, nel rispetto delle specifiche competenze.

2 - Ambito di applicazione

L'ADR si esplica presso strutture residenziali, perseguenti finalità di assistenza e di servizio sociale, dotate dei requisiti di idoneità professionale definiti dalla normativa regionale vigente e munite della autorizzazione regionale prescritta.

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

A) strutture a elevata intensità di tutela sanitaria, che comprendono:

- 1) strutture di assistenza sanitaria riabilitativa per disabili fisici psichici e sensoriali in regime residenziale (ex art. 26 della legge n. 833/78);
- 2) strutture di assistenza sanitaria diagnostica e riabilitativa in regime residenziale per pazienti in assistenza psichiatrica residua (ex ospedali psichiatrici);
- 3) strutture di assistenza residenziale a pazienti anziani non autosufficienti e lungodegenti stabilizzanti.

In queste strutture è prevista l'assistenza a pazienti portatori di patologie fortemente invalidanti, già croniche o cronicizzanti che necessitano di assistenza sanitaria continuativa, anche senza limiti di tempo.

La tipologia di questa utenza potrebbe essere definita nei termini di pazienti la cui possibilità di sopravvivenza fisica, psichica e sociale è spesso totalmente dipendente da interventi, complessi e spesso globali, di altre persone.

Le patologie dominanti sono: dimissioni protette da strutture ospedaliere, insufficienze respiratorie croniche gravi, malattie degenerative del SNC, paralisi parziali e totali per esiti di diverse patologie del SNC, esiti di gravi fratture che hanno minato gravemente la possibilità di deambulare, gravi patologie psichiche.

B) Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sociale, che comprendono:

- 1) strutture di assistenza sanitaria riabilitativa a tossicodipendenti in comunità terapeutiche in regime residenziale;
- 2) case di riposo finalizzate all'assistenza di pazienti anziani autosufficienti;
- 3) particolari forme di comunità a carattere socio-assistenziale.

A questa tipologia di strutture residenziali afferiscono pazienti definiti genericamente fragili, solitamente persone anziane, che per l'invecchiamento, la solitudine, le precarie possibilità di autonomia finanziaria o il disadattamento verso il proprio ambiente, sono per lunghi periodi ospiti in queste strutture.

Questi pazienti solitamente non affetti da patologie invalidanti gravi hanno necessità di un intervento sanitario tendente a premiare maggiormente il momento preventivo rispetto a quello curativo, capace di promuovere tutte quelle iniziative necessarie per prolungare o ripristinare l'autosufficienza. L'obiettivo principale di questa strategia è il mantenimento del miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psicofisica.

Da qui la priorità di interventi in grado di determinare in queste strutture un ambiente favorevole, positivo, che deve essere percepito dal paziente come elemento di protezione e sicurezza in grado di fargli superare quella condizione di fragilità psicofisica, cui consegue il bisogno assistenziale, riducendo al minimo il turnover delle figure professionali che si occupano della sua assistenza, ivi compresa quella di primo livello che assume un ruolo di primo piano.

Non bisogna inoltre dimenticare che, visti i lunghi periodi di permanenza in tali strutture, molto spesso, la residenza protetta viene considerata e vissuta dal paziente come "casa", nel senso che viene a rappresentare quelle caratteristiche di familiarità, calore, intimità e sicurezza che appartengono a un vissuto familiare o comunque parentale da cui non potrà essere disgiunta l'assistenza sanitaria fornita dal MdF.

A questa categoria appartengono anche pazienti affetti da patologie psichiche croniche recidivanti che, pur avendo una discreta autonomia fisica, necessitano di periodiche permanenze in strutture riabilitative e comunità.

C) Strutture sociali comunitarie (diverse da quelle di cui ai punti A e B precedenti).

Ad esse afferiscono pazienti senza nessun problema di carattere fisico, psichico e sociale che per loro scelta di vita hanno deciso di vivere in collettività e comunità.

Il fatto che solitamente queste strutture sono situate in località decentrate, isolate e lontane dai centri abitati e che molto spesso il rispetto di rigide regole di comportamento per gli ospiti impongono di fatto l'erogazione delle prestazioni sanitarie solo sotto forma domiciliare, è motivo sufficiente di giustificazione di una quota aggiuntiva per l'erogazione delle comuni prestazioni sanitarie.

3 - Obiettivi generali

L'assistenza erogata nelle strutture di cui sopra è finalizzata, attraverso le forme di responsabilizzazione del medico di assistenza primaria e delle figure professionali proprie della struttura al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) fornire ai problemi di salute di pazienti affetti da patologie croniche e da malattie temporaneamente invalidanti una risposta assistenziale migliore e più appropriata rispetto al ricovero in ospedale;
- b) ridurre il numero di ricoveri per patologie acute che possano essere trattate a domicilio ed ottenere una conseguente diminuzione dei costi assistenziali;
- c) promuovere il recupero e il reinserimento dei soggetti non autosufficienti, favorendo quelle strategie di comportamento tendenti ad evitare un contesto ambientale di tipo cronicizzante e ospedalizzante.

4 - Ruolo del medico di assistenza primaria

Per i pazienti di cui ai precedenti punti A e B, essendo la dimensione affettivo-relazionale una componente indispensabile per le possibilità di recupero fisico psichico e sociale, è improponibile limitare l'intervento del MdF solo alla fase di malattia, ma diventa prioritaria la necessità di un intervento sanitario unitario e globale ben integrato con le altre figure professionali della struttura, tale da affrontare in maniera esaustiva i multiformi bisogni di assistenza sanitaria, promuovendo la costruzione e il mantenimento di un ambiente favorevole al paziente.

E' in questo contesto che la figura del MdF diventa essenziale. Infatti il rapporto privilegiato e fiduciario con il paziente, l'approccio clinico di tipo olistico e relazionale, giustificano l'utilizzo in maniera sistemica di questa figura professionale, sia nelle prestazioni di assistenza primaria, sia come punto di riferimento quando nella struttura vengono attivati percorsi assistenziali aggiuntivi.

Sarebbe riduttivo per il MdF la semplice presa in carico del paziente ricoverato, se non vi fosse una corretta programmazione e una metodologia di intervento ben codificata a livello regionale che avesse come obiettivo prioritario un miglioramento delle prestazioni in uno con il contenimento della spesa.

Non bisogna inoltre mai dimenticare che le moderne impostazioni di economia e programmazione sanitaria tenderanno sempre più a trasferire al MMG tutti quegli atti professionali che egli sarà in grado di effettuare nel proprio contesto operativo: infatti il costo di una qualsiasi prestazione è tanto più basso quanto più integralmente essa viene effettuata nell'ambito delle cure primarie.

Bisogna dunque utilizzare in modo corretto tutte le potenzialità professionali e operative del medico di famiglia, dando la massima valenza operativa alle cure domiciliari, prima ed in alternativa al ricovero ospedaliero, il quale, oltre che determinare una ingiustificata ed inutile spesa aggiuntiva, può comportare devastanti conseguenze per l'integrità psicofisica dei pazienti anziani.

5 - Compiti del medico di assistenza primaria

Per l'espletamento dei propri compiti e per il controllo dello stato di salute degli assistiti a lui affidati il medico di assistenza primaria assume un impegno di presenza oraria all'interno della residenza ed inoltre, d'intesa col responsabile della struttura:

- a) compila al momento della presa in carico dell'assistenza protetta una scheda di valutazione dell'anziano, documento indispensabile che la direzione della casa di riposo deve necessariamente pretendere e conservare nell'archivio sanitario;
- b) cura il coordinamento degli interventi sanitari e l'integrazione tra le varie figure professionali che operano all'interno della struttura e tiene una cartella clinica fornita dall'azienda unità sanitaria locale, possibilmente orientata per problemi anche su supporto informatico, sulla quale tutti gli operatori sanitari riportano una sintesi esplicita dei loro interventi;
- c) attiva le consulenze specialistiche, sia per le prestazioni erogabili all'interno della struttura che per quelle esterne, e coordina e indica i percorsi assistenziali generali aggiuntivi;

- d) promuove ed articola strategie di comportamento tese ad eliminare tutti i fattori di rischio capaci di determinare aggravamento delle condizioni di non-autosufficienza o di incidere in modo negativo sulle capacità psicofisiche e sulla autonomia funzionale dei pazienti autosufficienti;
- e) attua annualmente le vaccinazioni previste dal piano assistenziale concordate con l'azienda unità sanitaria locale e tutte quelle ritenute necessarie ai fini della prevenzione delle malattie diffusibili;
- f) collabora con il servizio epidemiologico regionale e della azienda unità sanitaria locale per la raccolta di dati sulla condizione e sui bisogni degli utenti ospiti in queste strutture.

6 - Organizzazione dell'assistenza

L'erogazione dell'assistenza nelle strutture, di cui alla lett. a) del presente art. 27, avviene secondo le seguenti modalità:

- a) l'orario di servizio e le modalità di assolvimento degli assistenziali, saranno concordate tra il MMG e il medico della azienda unità sanitaria locale a ciò preposto, sentito il responsabile della struttura;
- b) l'impegno orario assistenziale viene rapportato a 2 ore settimanali, esclusi il sabato e i giorni festivi, ogni 10 (o frazione di 10) assistiti affidati, fino a un massimo di 12 ore per 60 assistiti;
- c) il rispetto dell'impegno di presenza oraria sarà documentato mediante firma su apposito modulo contenente l'indicazione dell'ora di inizio e di fine di ogni accesso del medico alla residenza protetta;
- d) ove nella stessa struttura operino più MMG, al fine di permettere una migliore organizzazione di quanto disposto dal presente articolo, gli stessi si impegnano a concorrere eventuali turnazioni nell'utilizzo dell'eventuale studio medico ed eventuali forme di organizzazione.

L'erogazione dell'assistenza nelle strutture, di cui alle lettere b) e c) del presente art. 27, avviene secondo le seguenti modalità organizzative:

- a) l'orario di servizio e le modalità di assolvimento degli obblighi assistenziali, saranno concordate tra il MdF, il medico della azienda unità sanitaria locale a ciò preposto ed il direttore o il responsabile della struttura;
- b) l'impegno orario per il medico viene rapportato a 1 ora settimanale, senza obbligo di frequenza giornaliera ed esclusi i giorni festivi, ogni 10 (o frazione di 10) assistiti affidati, fino a un massimo complessivo di 6 ore settimanali (corrispondenti a 60 assistiti);
- c) il rispetto dell'impegno di presenza oraria sarà documentato mediante firma di apposito modulo contenente l'indicazione dell'ora di inizio e di fine di ogni accesso del medico alla residenza protetta.

7 - Individuazione dei medici

L'assistenza programmata, di cui al presente articolo, dovrà essere erogata da MMG iscritti nell'elenco dei medici convenzionati dell'ambito territoriale dove è ubicata la struttura o in subordine tra quelli presenti negli ambiti territoriali limitrofi, e con le modalità di scelta previste dal D.P.R. n. 270/2000 (esercitata dall'avente diritto o dal legale rappresentante).

8 - Attivazione dell'assistenza

Ove ancora non effettuato, l'azienda unità sanitaria locale individua e classifica con apposito atto, d'intesa con i sindacati rappresentativi della medicina generale, le residenze assistenziali di cui alle lettere a), b), c) del presente articolo e procede all'avvio dell'attività assistenziale secondo le modalità organizzative sopra precisate.

9 - Modalità di pagamento

Al fine della corresponsione della quota aggiuntiva, da effettuarsi entro i 2 mesi successivi a quello di competenza, il responsabile della residenza protetta o della collettività inoltra al distretto entro il 10 di ciascun mese, il foglio riepilogativo mensile degli accessi eseguiti da ciascun medico, debitamente sottoscritto in occasione di ogni presenza, con indicazione del numero effettivo delle ore svolte dal medico all'interno della struttura.

10 - Sospensione del programma

Nel periodo di ricovero ospedaliero dell'assistito, il programma assistenziale di cui al presente articolo rimane sospeso e, di conseguenza, non viene erogata, per il periodo stesso, la quota aggiuntiva.

11 - Cessazione del programma

Il programma assistenziale e il diritto alle quote aggiuntive cessano per:

- a) decesso dell'assistito;
- b) dimissione definitiva dell'assistito;
- c) cambio del medico.

12 - Controversie

Eventuali controversie interpretative insorte, in sede di applicazione del presente articolo, vanno sottoposte alla valutazione del Comitato regionale di cui all'art. 12 del D.P.R. n. 270/2000.

13 - Indicatori di efficienza e revisione qualità

Al fine di migliorare le prestazioni professionali degli operatori e aumentare l'indice di gradimento degli utenti, per una corretta distribuzione delle risorse, l'azienda unità sanitaria locale, d'intesa con i sindacati rappresentativi della medicina generale, attiva le procedure di valutazione e revisione per l'analisi dei percorsi, degli obiettivi da raggiungere e di quelli raggiunti in rapporto a quelli prefissati, al fine di apportare gli opportuni correttivi;

La Regione, d'intesa con gli stessi sindacati rappresentativi, ai fini di individuare gli strumenti tecnici per una valutazione di qualità finalizzata e specifica, provvederà alla definizione, entro 6 mesi dalla entrata in vigore del presente accordo, di un protocollo scientifico degli indicatori di qualità delle prestazioni erogate dal servizio e del livello di soddisfazione dei pazienti utenti rispetto al servizio stesso.

Art. 28

Finanziamento

Per le attività di assistenza domiciliare in tutte le varie forme descritte precedentemente (ADI-ADP-ADR) è previsto per ciascun anno finanziario 2004-2005, il finanziamento aggiuntivo di € 600.000,00 da ripartire a ciascuna azienda secondo il numero di pazienti assistibili, nell'ambito dei singoli progetti.

Ciascun accesso per le diverse attività sopra descritte sarà remunerato con una somma pari ad € 25,00.

NORME FINALI

1. Il presente accordo ha validità biennale (2004-05) e rimane in prorogatio comunque sino alla stipula di un nuovo ACR per le parti non in contrasto con gli istituti previsti dall'accordo collettivo nazionale di prossima pubblicazione.
2. Le parti concordano che le diciture: medico di libera scelta, medico di medicina generale, medico di assistenza primaria e medico di famiglia, sono usate, nel testo dell'accordo, come sinonimi; ugualmente sinonimi del D.P.R. n. 270/2000 sono i termini: accordo nazionale e ACN e sinonimi tra loro: accordo regionale e ACR;
3. Le organizzazioni sindacali, o sindacati di categoria della medicina generale, nel testo, sono quelle rappresentative ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 270/2000;
4. I compiti aggiuntivi previsti, ed eventualmente attivati col presente accordo, sono da intendersi facoltativi per il singolo medico, che non potrà, in nessun caso, essere obbligato ad adempimenti che non siano già obbligatori nell'ACN.
5. A parte l'entità dei compensi, nessuna norma dell'accordo regionale può collidere con l'accordo nazionale, che, in tal caso, prevale.
6. Ai fini di un corretto calcolo del rapporto ottimale e delle modalità di determinazione degli ambiti territoriali carenti, la Regione si impegna, entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente accordo, ad avviare un tavolo tecnico per la valutazione dell'effettiva capacità recettiva dei singoli ambiti e sul numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti (art. 19, comma 15, del D.P.R. n. 270/2000).
7. D.P.R. n. 270/2000, art. 8 - Formazione continua.

Per l'attività dei medici tutor viene stanziata la somma pari a E 450.000,00 per anno. A ciascun medico-tutor sarà corrisposto un compenso annuale di e 3.000,00.

8. Formazione continua.

La formazione permanente per la medicina generale, da attuarsi nel rispetto del disposto dell'art. 8 del D.P.R. n. 270/2000, è di interesse primario; pertanto l'attività formativa dovrà essere svolta, nei confronti del medico di medicina generale, per 40 ore annue in un periodo che va dal 15 gennaio al 15 luglio e dal 15 settembre al 15 dicembre. Tale attività formativa deve essere assicurata dalle aziende unità sanitarie locali preferibilmente il sabato. Le aziende territoriali ed i sindacati rappresentativi, ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 270/2000, possono concordare l'organizzazione e l'espletamento di tali attività nei giorni feriali diversi dal sabato.

9. Le risorse assegnate alle aziende unità sanitarie locali per la formazione restano finalizzate e vincolate per la formazione dei medici di medicina generale.

10. Le risorse assegnate ai medici di medicina generale dall'ACN dovranno essere finalizzate e vincolate in un capitolo di spesa specifico.

DICHIARAZIONI A VERBALE

1. Lo SNAMI puntualizza che l'adozione di linee guida diagnostiche e/o terapeutiche per le varie patologie rappresenta un aiuto razionale per il medico curante, che ne terrà conto nel proprio comportamento prescrittivo, e per il medico verificatore, che ne terrà conto nella valutazione di eventuali scostamenti abnormi, pur facendo salvo, in mancanza di accertato dolo, il principio di prescrizione secondo scienza e coscienza, già del codice deontologico e ora ribadito dagli artt. 15 bis, comma 2 e 36 del D.P.R. n. 270/2000.

2. Lo SNAMI considera prescrizione impropria (ovvero non pertinente per retaggio culturale, bagaglio tecnico o, semplicemente, decoro professionale) la trascrizione dei piani terapeutici fisiatrici, odontoiatrici ed emodialitici. Ciò perchè "storicamente", almeno in Sicilia, tali piani, non rientrando nelle competenze specifiche e consolidate del MdF, almeno nella loro articolazione complessa (non certo come singola o semplice prescrizione) erano richiesti direttamente (sempre e soltanto) dallo specialista relativo sul ricettario della libera professione (personale) o, dal 1988, standardizzato regionale: e sul modulo originale venivano sottoposti ad autorizzazione, prima e durante l'avvento dei CAU (centri di accettazione unificata). Al momento dell'abolizione dei CAU, l'Assessore per la sanità dell'epoca decideva che, venendo meno il filtro autorizzativo, i MMG avrebbero svolto tale lavoro (il lavoro del medico funzionario!).

Lo SNAMI non si è assunto, non si assume e non si assumerà mai la responsabilità di accettare, per i medici che rappresenta, un lavoro di mera ricopiatura, quindi improprio, e un gravame aggiuntivo in sostituzione del medico fiscale, per giunta senza alcun compenso (che sarebbe comunque altrettanto improprio): lavoro e gravame del tutto inutili perchè non forieri di risparmi. Denuncia che, a tutti i livelli, si finge di non vedere che, per esempio, le prestazioni trascritte, quali sempre per qualsiasi tipo di paziente, risultano nel numero di otto o di un suo multiplo. Respinge la corresponsabilizzazione che si vuole calare sul MdF e si appella al presidente dell'ordine dei medici, che già ebbe a vietare, con una sua circolare, la indignitosa opera di ricopiatura (comunque la si voglia camuffare) da parte del medico di libera scelta, professionista intellettuale.

3. Lo SNAMI sottolinea che il MMG non è in alcun modo tenuto a seguire la terminologia del nomenclatore tariffario, strumento concepito a meri fini amministrativi e contabili, non certo scientifici; nè è tenuto alla trascrizione dei codici relativi.

Il medico resta comunque disponibile, per la sola parte della nomenclatura, ad adottarne uno, che risponda tassativamente a tutti i seguenti requisiti:

- a) che le definizioni siano brevi e accettabili nei campi previsti dagli strumenti informatici;
- b) che le definizioni siano aderenti alla letteratura scientifica e previamente concordati con i medici di famiglia;
- c) che il relativo nomenclatore sia aggiornato non prima che siano trascorsi due anni, ad eccezione degli accertamenti effettivamente nuovi, sempre in armonia con gli esposti requisiti;
- d) che la relativa terminologia sia obbligatoria per tutti i medici, a qualunque categoria, settore, livello, sede di lavoro, appartengano;
- e) che tale nomenclatore, infine, sia distribuito capillarmente a tutti i soggetti interessati.

Lo SNAMI, pertanto, auspica che entro 2 mesi dalla pubblicazione del presente ACR si apra una trattativa dedicata al problema e alla sua completa risoluzione.

(2004.6.454)