

A 17 Dicembre 2008

Art. 1 - Compiti e funzioni del medico di Medicina Generale.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico, nell'ambito dei compiti previsti dagli art. 45, 67, 78 e 95 dell'ACN 23 marzo 2005, espleta le seguenti funzioni:
 - assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
 - si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
 - persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.
2. Le funzioni ed i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del medico.
3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale di cui all'art. 2 e opera all'interno di una specifica unità organizzativa complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dall'art. 3, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali, ~~come previsto dal successivo art. 3.~~
4. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'azienda sanitaria come previsto dall'art. 5 del presente accordo.
5. Ai fini dell'assolvimento dei propri compiti, il medico si collega ed utilizza i sistemi informativi regionali secondo procedure, modalità tecniche e tempi definiti da specifici accordi regionali.
I progetti "tessera sanitaria" e "ricetta elettronica", di cui rispettivamente al DM 4 aprile 2008 ed al DPCM 26 marzo 2008, rivestono particolare rilievo nell'ambito del processo di sviluppo dell'informatizzazione delle cure primarie.
6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'esercizio della medicina generale da parte del medico in convenzione.

uccp

Art. 2 – aggregazione funzionale territoriale della Medicina Generale

1. Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.
2. I medici di medicina generale partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.
3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:
 - Riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;
 - Popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.
4. Nell'ambito dell'aggregazione di cui al presente articolo è individuato un delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale.
5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei medici alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3 nonché la scelta del delegato di cui al comma 4.
6. I medici aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:
 - promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
 - promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
 - promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
 - promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi

e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:

- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale e con le finalità di cui al comma 6.

Art. 3 – Requisiti e funzioni minime dell'unità organizzativa complessa delle cure primarie

1. Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità organizzative complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell'unità organizzativa complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.
2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità organizzativa complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità organizzative complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità organizzativa complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e fermo restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino agli accordi regionali di cui al presente comma, restano in essere le indennità e incentivazioni, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.
3. L'unità organizzativa complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità organizzativa complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:
 - assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);

- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità organizzativa complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
 - realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
 - impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
 - sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
 - contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità organizzative complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.

Art. 4 - Impegni da inserire nel prossimo accordo relativo al biennio economico 2008/2009

1. I contenuti del presente articolo rappresentano altrettanti impegni che le parti decidono di assumere con la sottoscrizione di questo accordo e di recepire per la loro concreta applicazione nel prossimo accordo relativo al biennio 2008/2009. In particolare si conviene di precisare già in questo accordo che le finalità cui devono essere destinate le risorse del prossimo biennio economico 2008/2009 sono quelle richiamate ai commi 2, 3 e 4 del presente articolo;
2. Tutte le risorse disponibili per il rinnovo del secondo biennio economico 2008/2009 dovranno essere finalizzate al potenziamento dei processi di riorganizzazione ed integrazione. A tal fine le risorse di competenza del 2008 saranno erogate solo a partire dal 1 gennaio 2009 congiuntamente a quelle di competenza del 2009. Le suddette risorse vengono utilizzate per garantire:
 - a. Il processo di perfezionamento degli accordi integrativi regionali, prevedendo meccanismi di garanzia che coinvolgono il livello di rappresentanza nazionale di parte pubblica e sindacale;
 - b. La definizione di istituti che assicurino il riconoscimento dell'impegno professionale graduato per livello di complessità in un'ottica di uniformità dell'assistenza tra le regioni.
3. Gli obiettivi da perseguire col prossimo Accordo sono rappresentati in particolare da quelli elencati di seguito:
 - a. per quanto riguarda gli obiettivi generali, si sottolinea l'esigenza di procedere verso la individuazione di forme di collaborazione tra il medico di medicina generale, i pediatri di libera scelta e lo specialista ambulatoriale, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;
 - b. per quanto riguarda gli obiettivi specifici, si richiamano i seguenti:
 - miglioramento dell'accesso agli ambulatori di medicina generale e di pediatria di libera scelta, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;
 - potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore su 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
 - potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica che in età adulta;

- coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.
4. Oltre agli obiettivi indicati al precedente comma 3, le parti convengono che nel prossimo accordo si debbano affrontare tra l'altro anche i seguenti aspetti:
- La revisione delle modalità e della struttura del compenso del medico, anche in relazione alle nuove unità organizzative complesse;
 - La partecipazione della specialistica ambulatoriale ai protocolli operativi della continuità dell'assistenza H 24;
 - La definizione degli standard nazionali in ordine al sistema informativo, con particolare riferimento alla scheda sanitaria;
 - L'approfondimento del flusso informativo che collega i medici convenzionati con le aziende sanitarie;
 - La revisione della normativa contrattuale vigente al fine di renderla coerente con i nuovi assetti organizzativi;
 - La revisione della costituzione e del funzionamento degli organismi regionali e aziendali nei quali è prevista la presenza delle Organizzazioni Sindacali.
 - adeguamento dei meccanismi di certificazione della rappresentatività e dei diritti sindacali.

Art. 5 - Flusso informativo

1. Dal 1° gennaio 2009, il medico di assistenza primaria trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:
 - Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
 - Accesso allo studio medico, con o senza visita medica;
 - Visite domiciliari;
 - PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);
 - Assistenza domiciliare (ADP/ADI);
2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:
 - riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura);
 - riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato;
 - essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.
3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di *governance* del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.
4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla *privacy* e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

Art. 6 - Tessera sanitaria e ricetta elettronica

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (AP)

(al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per l'assistenza primaria spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso *una tantum*, per ogni assistito in carico ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

Arretrati anno 2006	0,25 €/anno per assistito
Arretrati anno 2007	2,84 €/anno per assistito

2. A far data dal 1 gennaio 2008 il compenso forfettario di cui all'art. 59, lettera A, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro xxxx per ciascun assistito in carico.
3. A decorrere dalla stessa data di cui al precedente comma il compenso aggiuntivo previsto dall'art. 59, lettera A, comma 9 dell'ACN 23 marzo 2005, corrisposto per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, è rideterminato in euro xxxx.
4. A decorrere dalla stessa data di cui al comma 2 il compenso aggiuntivo previsto dall'art. 59, lettera A, comma 10 dell'ACN 23 marzo 2005, per i soli assistiti in carico compresi nella fascia 6-14 anni, è rideterminato in euro xxxx.
5. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.
6. Gli adeguamenti contrattuali derivanti dall'applicazione dei commi 2, 3 e 4 devono essere effettuati entro giugno 2009 unitamente alla corresponsione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009.
7. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione dei commi 2, 3 e 4 saranno corrisposti entro settembre 2009.
8. Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale individuale del medico di assistenza primaria, secondo quanto stabilito dall'ACN 23 marzo 2005

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (CA)

(al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per la continuità assistenziale spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso *una tantum*, per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

Arretrati anno 2006	0,08 €/ora
Arretrati anno 2007	0,91 €/ora

2. A far data dal 1 gennaio 2008 l'onorario professionale di cui all'art. 72, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro xxxx per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo.
3. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.
4. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 2 saranno corrisposti entro novembre 2009.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (MS)

(al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per la medicina dei servizi spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso *una tantum*, per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

Arretrati anno 2006	0,08 €/ora
Arretrati anno 2007	0,91 €/ora

2. A far data dal 1 gennaio 2008 l'incremento disposto sull'onorario professionale corrisposto alla data del 1 gennaio 2005 di cui all'art. 85, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è pari ad euro xxxx.
3. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.
4. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 2 saranno corrisposti entro novembre 2009.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (EST)

(al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per l'emergenza sanitaria territoriale spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso *una tantum*, per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

Arretrati anno 2006	0,08 €/ora
Arretrati anno 2007	0,91 €/ora

2. A far data dal 1 gennaio 2008 l'onorario professionale di cui all'art. 98, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro xxxx per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo.
3. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.
4. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 2 saranno corrisposti entro novembre 2009.