

La Fimmg auspica che venga riconosciuto l'operato del Coordinatore regionale della rete Influnet, già componente del tavolo di crisi della Regione siciliana sull'influenza pandemica.

La parte pubblica, considerata la complessità dei temi segnalati nelle dichiarazioni a verbale, ritiene necessario effettuare i dovuti approfondimenti ed eventualmente istituire specifici tavoli di confronto.

(2010.40.2717)102

DECRETO 6 settembre 2010.

Accordo regionale di continuità assistenziale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, contenente "Norme per il riordino del servizio sanitario nazionale;

Visto l'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, relativo al quadriennio normativo 2006-2009 e al biennio economico 2006-2007, sottoscritto in data 29 luglio 2009, come rinnovato in data 8 luglio 2010 per la parte relativa al biennio economico 2008-2009;

Visto l'accordo regionale intervenuto in data 12 agosto 2010 tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria, ratificato dal Comitato regionale permanente di medicina generale in pari data, come da verbale redatto nella predetta seduta, relativamente alla disciplina degli istituti di continuità assistenziale demandati alla contrattazione decentrata;

Considerato che gli effetti economici di cui al presente accordo decorreranno dalla data di pubblicazione dello stesso nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti;

Ritenuto, pertanto, di dover rendere esecutivo il sopracitato accordo allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante;

Decreta:

Art. 1

È reso esecutivo l'accordo regionale di continuità assistenziale, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante, sottoscritto tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria in data 12 agosto 2010 e ratificato in pari data dal Comitato regionale permanente di medicina generale, come da relativo verbale, in relazione agli istituti normativi ed economici di cui al capo III - continuità assistenziale - dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009, come rinnovato in data 8 luglio 2010.

Art. 2

Gli effetti finanziari di cui all'accordo regionale di continuità assistenziale decorreranno dalla data di pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti e troveranno capienza nelle quote attribuite alle aziende sanitarie provinciali con l'assegnazione del Fondo sanitario regionale.

Art. 3

Il presente accordo rimane valido fino al 31 dicembre 2011 e, comunque, fino alla stipula del nuovo accordo regionale per le parti non in contrasto con il successivo accordo collettivo nazionale di medicina generale.

Il presente decreto sarà trasmesso alla ragioneria centrale dell'Assessorato della salute e successivamente pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 6 settembre 2010.

RUSSO

Vistato dalla ragioneria centrale per l'Assessorato della salute in data 23 settembre 2010 al n. 150.

Allegato

**ACCORDO REGIONALE
PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Premesse

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, che modifica il titolo V della Costituzione italiana, che ha affidato piena podestà alle regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato;

Visto il piano sanitario nazionale 2007-2009, nel quale si individua il territorio quale punto di forza nell'attuale fase di organizzazione del servizio sanitario nazionale;

Visto il nuovo A.C.N. che disciplina il rapporto con i medici di medicina generale, reso esecutivo il 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29/07/09 ;

Premessa la necessità di rispondere in modo congruo ad una nuova domanda di salute proveniente dal cittadino che va orientata secondo le esigenze dell'intera collettività ma garantendo una efficace ed appropriata risposta sanitaria, compatibile con le risorse economiche erogate dal S.S.N.;

Sentita l'esigenza di costruire un'organizzazione sanitaria integrata, in grado di individuare e intercettare il bisogno di salute dei cittadini e di fornire risposte adeguate che assicurino i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.);

La continuità assistenziale è un servizio pubblico, a basso impatto economico, strategico ed indispensabile per l'intera collettività, capace di garantire assistenza sanitaria continuativa in realtà geografiche eterogenee per territorio e densità di popolazione, considerata la distribuzione regionale dei servizi di assistenza primaria, dei presidi ospedalieri e dei servizi di emergenza territoriale.

La continuità assistenziale assume le caratteristiche di indispensabile filtro tra cittadino e strutture territoriali di primo e secondo livello, fa parte del programma regionale di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire, con attività distrettuali e territoriali, la continuità dell'assistenza sanitaria nelle 24 ore, con la presa in cura dell'utente, l'organizzazione di attività sanitarie territoriali e la verifica di processi sanitari e sociali per il mantenimento dello stato di salute del cittadino.

A tal fine, per raggiungere tali scopi è indispensabile:

1) la formazione e l'aggiornamento continuo dei medici di C.A., anche con percorsi formativi comuni alle altre figure sanitarie che operano nel territorio per favorire una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali, ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria;

2) la definizione degli standards numerici minimi del personale medico così da garantire quello già in servizio all'atto della pubblicazione del presente accordo;

3) l'ottimizzazione del servizio con l'utilizzo e l'incentivazione, anche in forma sperimentale, di sistemi telematici e nuovi sistemi di comunicazione in particolari ambiti territoriali.

Le finalità e gli obiettivi finanziati dalla Regione siciliana con il presente accordo integrativo sono monitorizzati annualmente dall'Assessorato della salute attraverso il Comitato regionale permanente, fermo restando che l'Assessorato, avvalendosi anche della consulenza dell'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, predisporrà, per ogni singola A.S.P., indicatori di struttura, di processo e di risultato per verificare annualmente il raggiungimento degli obiettivi finanziati con il presente accordo.

Parte normativa

Criteria generali (art. 62 ACN 23 marzo 2005 come rinnovato dall'A.C.N. 29 luglio 2009)

Il servizio di C.A. fa parte del programma di attività distrettuali e la sua attività è svolta prioritariamente dai medici di cui all'articolo 62, comma 2, lett. a) e b), ed in sedi territoriali adeguatamente attrezzate.

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutto l'arco della settimana, nel rispetto della programmazione regionale, le aziende sanitarie provinciali organizzano il servizio di continuità assistenziale (C.A.) che garantisce prestazioni mediche secondo quanto stabilito dal D.P.C.M. 16 aprile 2002: dalle ore 10,00 del giorno prefestivo alle ore 8,00 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20,00 alle ore 8,00 di tutti i giorni feriali, nel territorio di specifica competenza.

Altre attività, come ad esempio quella svolta nei punti di primo intervento (P.P.I.), o l'eventuale possibilità di estendere l'attività dalle ore 8,00 alle ore 10,00 del prefestivo, possono essere concordate in sede di contrattazione aziendale per esigenze o carenze contingenti o eccezionali.

Il servizio di C.A. è indirizzato a tutta la popolazione, in ambito aziendale, e ad ogni fascia di età, sulla base di uno specifico livello assistenziale.

In particolare vengono erogate prestazioni di assistenza medico ambulatoriale e domiciliare per le patologie acute e le riacutizzazioni di patologie croniche che non rivestono il carattere dell'emergenza.

Le aziende in sede di trattativa aziendale possono concordare con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, per gli ambiti territoriali a bassa densità di popolazione in via sperimentale ulteriori modelli funzionali di C.A., previa autorizzazione da parte della Regione e senza ulteriore aggravio di spesa per la stessa.

Le A.S.P. della Regione siciliana si impegnano ad attivare periodicamente apposite campagne di informazione per i cittadini e di sensibilizzazione ad un corretto uso dei servizi territoriali, invitando ad un loro adeguato utilizzo ed evitando così accessi impropri ai punti di Pronto soccorso ospedaliero ed allertamento immotivato dell'emergenza territoriale.

E' di fondamentale importanza perseguire un'integrazione dei MdCA con i medici di assistenza primaria, anche nell'ambito delle nuove funzioni delle strutture territoriali (ad es. P.T.A.) secondo le rispettive competenze, allo scopo di migliorare e rendere più efficiente l'assistenza territoriale. Nell'ambito delle attività in équipe o altre forme associative delle cure primarie, ai MdCA sono attribuite funzioni coerenti con le attività del medico di Assistenza Primaria, nell'ambito delle rispettive funzioni, al fine di garantire l'integrazione assistenziale per un più efficace intervento nei confronti delle esigenze di salute della popolazione.

E' pertanto opportuno prevedere linee guida e protocolli di intervento, per la completa integrazione tra i medici di C.A. e di A.P., anche nei presidi territoriali di assistenza e tra queste e la C.O. del 118, per un livello di risposta più adeguato ai fabbisogni di assistenza sanitaria dei cittadini, in cui le varie figure professionali operino nel rispetto delle proprie competenze e con pari dignità (art. 62, comma 7, A.C.N. 2005, come rinnovato dall'A.C.N. 2009).

Si ritiene quindi necessario valutare l'organizzazione dell'esistente, la qualità delle prestazioni ed il livello di soddisfazione dell'utenza e incentivare l'utilizzo di sistemi telematici e nuovi sistemi di comunicazione che possano migliorare l'efficienza del servizio.

Art. 1

Attribuzione degli incarichi di continuità assistenziale (art. 63 A.C.N.)

Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di C.A. rilevati, secondo le procedure di cui all'art. 63 dell'A.C.N., la Regione siciliana, come previsto dal decreto n. 9324 del 19 dicembre 2006 (*Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana* n. 3 del 19 gennaio 2007), fatto salvo il disposto di cui all'art. 63, comma 2, lett. a), riserva nel proprio ambito:

a) una percentuale del 60% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del decreto legislativo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al decreto legislativo n. 368/99 e di cui al decreto legislativo n. 277/2003;

b) una percentuale del 40% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 19, comma 38, della legge regionale n. 19 del 22 dicembre 2005 (*Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana* del 23 dicembre 2005), le disposizioni di cui al comma 5 dell'art. 33 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 si estendono al personale medico titolare di continuità assistenziale compatibilmente con la dotazione organica dei presidi interessati.

Alla luce delle previsioni di cui al precedente comma si precisa che i benefici di cui alla citata legge n. 104/92 possono essere fatti valere, dopo la pubblicazione dei presidi carenti, dal medico titolare di continuità assistenziale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 63 per il trasferimento regionale o interregionale, limitatamente alle ipotesi contemplate dall'art. 33, comma 5, della citata legge n. 104/92.

I medici titolari di continuità assistenziale i quali, rientrando nelle previsioni di cui al comma precedente, fruiscono dei benefici della legge n. 104/92, saranno collocati nella graduatoria dei trasferimenti, in posizione di priorità rispetto agli altri sanitari e saranno graduati secondo i criteri di cui all'art. 63, commi 8 e 9, dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009.

Art. 2

Mobilità intra-aziendale (art. 64 A.C.N. comma 5)

L'A.S.P., 60 giorni prima della individuazione delle zone carenti (1 marzo e 1 settembre), pubblica un bando di mobilità intraaziendale, cui possono partecipare i medici già titolari di C.A. a tempo indeterminato, da almeno sei mesi, presso la stessa azienda.

Tali medici sono graduati secondo l'ordine di anzianità di servizio effettuato nella stessa A.S.P.; a parità di anzianità di servizio vale quanto stabilito al comma 9 dell'art. 63 dell'A.C.N. in vigore.

Art. 3

Incompatibilità (art. 17 A.C.N.)

Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato o determinato nella C.A., a rapporto unico, per un massimo di 24 ore settimanali, è compatibile con rapporti di collaborazione professionale, anche precari, presso i laboratori di analisi accreditati, limitatamente ad attività di prelievo.

Art. 4

Indennità per zone disagiate

1. Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 21, comma 1, della legge regionale n. 26/96, le isole minori sono identificate come zone disagiatissime e viene prevista la presenza di un servizio di C.A. permanente (h. 24).

2. Ai medici di C.A. che operano nelle isole minori è previsto il riconoscimento di una indennità nella misura di € 2,00 per ora di servizio effettivo.

3. I medici in servizio presso i presidi delle isole minori dovranno essere formati su temi specifici di emergenza-urgenza per almeno 20 ore supplementari rispetto a quanto previsto all'art. 15 del presente A.C.R., anche mediante un tirocinio teorico/pratico. Tale attività formativa, le cui modalità saranno concordate in sede aziendale, sarà retribuito su base oraria come attività lavorativa.

4. Le AA.SS.PP. rimborsano al medico di C.A., che svolge la propria attività sulle isole minori il costo del biglietto A/R di trasporto con mezzo marittimo, a partenza dal porto più vicino all'isola interessata, per il raggiungimento della sede lavorativa, dietro presentazione dello stesso.

Art. 5

Massimale orario

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di C.A. è di 24 ore settimanali in attività assistenziali, notturne prefestive e festive, ai sensi di quanto previsto dall'art. 65, comma 1, dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009.

2. A decorrere dall'attivazione dei P.P.I., e comunque entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, su istanza del medico di C.A. con unica convenzione, titolare a tempo indeterminato, l'orario di cui al comma 1, è incrementato - oltre alle quattro ore previste dai precedenti accordi - di ulteriori 2 ore. Le ore di plus orario devono essere svolte in attività distrettuali diurne, nell'organizzazione dei servizi territoriali di base, coordinati dal distretto, privilegiando prioritariamente l'attività nei punti di primo intervento, (P.P.I. - v. art. 6).

3. A decorrere dalla pubblicazione del presente accordo i medici titolari di C.A., incaricati a tempo indeterminato, che detengono un doppio rapporto convenzionale, possono espletare, su propria richiesta, n. 4 ore di incremento orario settimanale nelle medesime attività distrettuali di cui al comma precedente, fino al raggiungimento di n. 350 scelte nell'assistenza primaria o n. 150 nella pediatria di libera scelta. Il superamento delle predette scelte comporta l'automatica decadenza dal conferimento delle 4 ore di incremento orario.

4. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto accordo ed entro il 31 marzo di ogni anno i nuovi titolari devono comunicare la loro disponibilità all'effettuazione delle ore di incremento orario, indicando anche una preferenza - non vincolante per l'azienda - per l'attività territoriale da svolgere (P.P.I., ambulatorio di codici bianchi presso i PP.OO., medicina fiscale, medicina del lavoro, etc.).

5. Il monte ore di plus orario assegnato alle singole Aziende è in funzione del numero dei medici di C.A. in servizio nella stessa azienda e le ore vengono assegnate come "budget orario potenziale" alle AA.SS.PP. senza alcun obbligo di distribuzione personalizzata al singolo professionista.

6. La singola A.S.P. articolerà un piano aziendale di utilizzo delle ore di plus orario sulla base del fabbisogno del sistema locale, in armonia con le indicazioni regionali e con le aree prioritarie indicate dall'A.I.R., e a livello distrettuale, per l'organizzazione dei P.P.I. - Punti di primo intervento, tali ore saranno assegnate, anche considerando le preferenze espresse al momento della domanda, ai singoli medici di C.A. in base ai seguenti criteri:

- residenza nel distretto sede del P.P.I.;
- anzianità della titolarità.

7. Le ore di plus orario eventualmente non utilizzate per carenza di adesioni al piano aziendale saranno ridistribuite prioritariamente ai titolari che hanno aderito al suddetto piano, successivamente ai nuovi titolari e quindi ai medici sostituiti in servizio.

8. Si concorda con l'individuazione, tra i coordinatori di continuità assistenziale e su proposta dei medici titolari di continuità assistenziale, di un referente aziendale per la continuità assistenziale, che all'uopo si interfaccia con la direzione dell'azienda e del distretto, nonché con tutti gli organismi dell'assistenza primaria (U.C.C.P., A.F.T., U.C.A.D., P.T.A., etc.) con funzioni di interlocuzione e di implementazione e monitoraggio del piano aziendale.

9. Le AA.SS.PP. possono conferire ai medici di C.A. ore eccedenti l'orario settimanale d'incarico nel caso di eventi straordinari di carattere sanitario, pubbliche calamità, manifestazioni pubbliche. Le ore eccedenti assegnate non contribuiscono ad un aumento del monte ore settimanale.

10. Al medico di continuità assistenziale che espleta servizio in attività programmate distrettuali diurne domiciliari con mezzo di trasporto proprio, spetta un'indennità chilometrica pari ad un quinto del costo di un litro di benzina verde per chilometro percorso come previsto dalle norme vigenti.

Art. 6

Punto di primo intervento (P.P.I.) - Decreto n. 723 del 10 marzo 2010. Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale

1. Il P.P.I. decreto n. 723 del 10 marzo 2010. Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale rappresenta la modalità organizzativa attraverso la quale il distretto potrà offrire un punto di riferimento alternativo all'ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi). I P.P.I. saranno gestiti attraverso la rete delle cure primarie (prioritariamente i medici di continuità assistenziale), secondo le diverse potenzialità del contesto locale. L'attività sarà integrata con gli infermieri e con gli specialisti poliambulatoriali ivi operanti e potenziata da sistemi di diagnostica essenziale (es: Point of care testing - P.O.C.T.).

2. Il servizio dei P.P.I. sarà assicurato nelle ore diurne dei giorni feriali dalle 8,00 alle 20,00 e nei giorni prefestivi dalle 8,00 alle 10,00, secondo modalità di turnazione da definire a livello aziendale; è in atto prevista l'attivazione di un P.P.I. per distretto (con l'eccezione delle A.S.P. di Palermo, Catania e Messina, ove sarà possibile costituire i P.P.I. anche negli ex distretti cittadini), per un totale di 62 punti, la cui allocazione sarà definita dalle aziende sanitarie.

3. Il servizio garantirà l'assistenza ambulatoriale (non è prevista la visita domiciliare) e sarà allocato in una sede aziendale, prioritariamente all'interno del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale.

4. Al fine di permettere la piena funzionalità dei punti di primo intervento, fermo restando quanto previsto nell'art. 67, comma 9, dell'A.C.N. 2009, saranno concordate a livello locale le modalità per la prescrizione delle prestazioni specialistiche non differibili.

5. La Regione siciliana effettuerà un monitoraggio costante del funzionamento dei P.P.I., attraverso indicatori di processo e di esito e una valutazione complessiva dei risultati entro dicembre 2011, risolvendosi l'eventuale riallocazione delle risorse.

Art. 7

Assistenza ai cittadini non residenti nella Regione siciliana

1. I cittadini non residenti nella Regione siciliana retribuiranno le prestazioni alle AA.SS.PP. ove insiste il presidio di C.A., richieste ed erogate secondo il disposto dell'art. 57, comma 3, A.C.N. vigente e come di seguito specificate:

- a) visita ambulatoriale: euro 15;
- b) visita domiciliare: euro 25;
- c) prestazioni ripetibili (P.F.R. prescrizione farmaci su richiesta e controllo P.A.O.): euro 5.

2. Le AA.SS.PP. concorderanno, in sede di trattativa decentrata aziendale, con le organizzazioni sindacali firmatarie del presente accordo, le modalità organizzative e di riscossione.

Art. 8

Assistenza ai turisti

1. Sulla base dei criteri definiti dalla Regione siciliana le AA.SS.PP. individuano le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare un servizio di assistenza sanitaria rivolta ai non residenti.

2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi a tempo determinato di assistenza sanitaria ai turisti, secondo il seguente ordine di priorità:

a) i medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale, con unico rapporto convenzionale; i predetti sanitari, ai quali possono essere conferiti incarichi per n. 12 ore settimanali, saranno graduati secondo l'anzianità di incarico a tempo indeterminato di C.A.

Tale attività è incompatibile con l'incremento orario di cui all'art. 5, comma 2, del presente accordo.

b) i medici inseriti nella graduatoria regionale di settore, graduati secondo il punteggio conseguito nella predetta graduatoria;

c) i medici non inseriti nella graduatoria regionale di settore, destinatari della norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. 23 marzo 2005 come rinnovato dall'A.C.N. 29 luglio 2009, che abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale di settore; gli stessi saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea;

d) i medici non inseriti nella graduatoria regionale di settore, destinatari della norma finale n. 5 dell'A.C.N. 23 marzo 2005, che abbiano conseguito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994; gli stessi saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea;

e) i medici abilitati, iscritti al corso di formazione in medicina generale, ai sensi dell'art. 19, comma 11, della legge n. 448/01, graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea.

Il servizio di guardia medica turistica è attivato nel periodo 15 giugno - 15 settembre (estiva) e 15 dicembre - 15 marzo (invernale);

Ai sensi del combinato disposto degli art. 32, comma 3 e art. 57 comma 3 dell'A.C.N. di medicina generale 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, è previsto il pagamento, da parte dei cittadini residenti fuori provincia, delle prestazioni rese dalle guardie mediche turistiche, secondo le tariffe di seguito specificate:

- visita ambulatoriale: € 15,00;
- visita domiciliare: € 25,00;
- prestazioni ripetibili: (P.F.R. prescrizione farmaci su richiesta e controllo P.A.O.): € 5,00.

Le aziende sono tenute a reinvestire le somme derivanti dagli introiti della G.M.T. e della G.M. ordinaria per il miglioramento strutturale e tecnologico dei presidi di C.A., nonché ad adottare, negli stessi, idonee misure di sicurezza del personale ivi operante.

In sede di trattativa decentrata aziendale con le organizzazioni sindacali di categoria, saranno determinate ulteriori specifiche modalità organizzative e di riscossione del ticket.

Art. 8

Competenze delle aziende (art. 68 A.C.N.)

1. L'azienda è tenuta a fornire al MdCA i farmaci, la modulistica e il materiale necessario all'effettuazione degli interventi propri del servizio.

2. L'azienda garantisce che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali per la sosta e il riposo dei medici, di servizi igienici esclusivi per il personale, nel rispetto della normativa vigente (legge n. 81/08). A tal fine entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo i dipartimenti di prevenzione delle aziende effettuano una verifica sulla idoneità delle sedi di servizio e le A.S.P. dovranno provvedere all'adeguamento delle stesse. Entro i successivi 60 giorni le aziende sono tenute a comunicare al comitato regionale gli esiti di dette verifiche e i provvedimenti adottati in merito.

3. L'Azienda provvede, ove possibile:

a) alla disponibilità di mezzi di servizio, muniti di telefono mobile e di caratteri distintivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;

b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate, su supporto magnetico o digitale, presso le sedi operative;

c) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei MdCA.

4. Qualora le AA.SS.PP. non siano in grado di fornire al medico di C.A. l'automezzo di servizio ed il medico utilizzi, per lo svolgimento del servizio, il proprio automezzo, in caso di sinistro provocato dal conducente del veicolo, l'aumento del premio assicurativo dovuto

all'incremento della classe di merito del "bonus-malus" è rifiuto al medico.

Art. 8 bis.

Competenze delle aziende - Sicurezza nelle sedi di lavoro

1. È obbligo delle aziende sanitarie provinciali garantire la sicurezza del personale rispetto a possibili episodi di violenza che possono verificarsi presso i presidi di continuità assistenziale.

A tal fine le aziende sanitarie provinciali provvedono entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, attraverso i propri uffici preposti ad effettuare una ricognizione sullo stato delle postazioni adibite a sedi di continuità assistenziale nell'ottica dell'adeguamento alle norme vigenti in materia di sicurezza, dandone comunicazione al Comitato aziendale di medicina generale.

2. Le misure minime di sicurezza che le aziende sanitarie sono tenute ad adottare riguardano:

- sistemi diretti di allerta con le forze dell'ordine e sistemi di allarme sonoro;
- sistemi di illuminazione efficienti, soprattutto all'ingresso delle sedi;
- videocitofoni e sistemi di videosorveglianza con registrazione atti a riconoscere chi si trova all'esterno;
- porte antisfondamento;
- grate alle finestre.

Art. 9

Assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico

1. L'azienda assicura i medici che svolgono il servizio di C.A. contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'A.C.N. e del presente A.I.R., ivi compresi quelli subiti in itinere, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dall'A.C.N. e dal presente A.I.R. Le aziende sanitarie stipulano una polizza "KASKO" per i medici in servizio, includendo anche i rischi di incendio, furto e atti vandalici occorsi durante le ore di servizio.

2. Il contratto è stipulato, senza franchigia, per i seguenti massimali:

- a) € 775.000 per morte o invalidità permanente;
- b) per invalidità temporanea assoluta, al medico è riconosciuto il mancato guadagno, pari al compenso orario in attività di servizio, per un massimo di 90 giorni. Tale compenso verrà anticipato mensilmente dall'azienda.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari del presente accordo entro 90 giorni dalla sua entrata in vigore. Ai medici deve essere data opportuna informazione relativamente ai termini ed alle modalità di copertura di detta assicurazione.

Art. 10

Medico coordinatore di continuità assistenziale

1. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente A.I.R., il direttore generale dell'A.S.P., su proposta dei rispettivi direttori dei distretti sanitari, sentito il comitato aziendale, individua in ogni presidio un medico di C.A. con l'incarico di medico coordinatore.

2. L'incarico di coordinatore sarà attribuito, prioritariamente, previa presentazione di specifica istanza, al medico titolare di incarico a tempo indeterminato con unico rapporto per la continuità assistenziale, secondo il criterio della maggiore anzianità di servizio nell'ambito della stessa A.S.P.

3. Gli aspiranti all'incarico dovranno possedere una buona conoscenza dei mezzi informatici e telematici; ulteriori criteri di selezione potranno essere concordati in sede di comitato aziendale.

4. Ferme restando le competenze delle aziende di cui all'art. 68, comma 4 dell'A.C.N., il medico coordinatore, accettato formalmente l'incarico, ha il compito di:

- a) mantenere i rapporti tecnico-organizzativi con i direttori di distretto o loro delegati;
- b) mantenere i rapporti organizzativi con gli altri medici dell'équipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali;
- c) proporre, sentiti i medici interessati, i turni secondo criteri di equità distributiva ed in ragione del monte orario individuale e dell'incarico di ciascun sanitario del presidio, con invio all'azienda in tempo utile per la pianificazione delle attività distrettuali;
- d) proporre al direttore di distretto azioni utili al miglioramento del servizio;
- e) trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sulla organizzazione del servizio, sulle linee guida concordate con l'azienda e sulla condivisione dei progetti aziendali;
- f) fornire ai nuovi incaricati le informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei servizi in esso esistenti, nonché ogni altro

chiarimento ritenuto utile al fine di una corretta e sollecita attività nell'ambito del servizio.

5. Il medico coordinatore svolgerà i compiti previsti dal suo ufficio al di fuori dell'orario di servizio, utilizzando 4 ore settimanali del plus-orario complessivo previsto dall'articolo 5 del presente A.C.R.

6. Ulteriori compiti e funzioni potranno essere concordati, in sede decentrata, tra le AA.SS.PP. e le OO.SS. firmatarie del presente accordo.

7. Nell'ambito della definizione di progetti aziendali e/o di distretto, relativi ad esperienze di équipes territoriali, P.T.A. e progetti obiettivi, sarà compito del medico coordinatore di C.A. mantenere i rapporti organizzativi con i medici di C.A. facenti parte dell'équipe e del P.T.A., fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali.

8. Il medico coordinatore sarà sottoposto a verifica annuale e su proposta del direttore generale, sentito il comitato aziendale, può essere rimosso dall'incarico per comprovata inefficienza del suo operato.

9. Un rappresentante dei medici coordinatori di C.A. per distretto partecipa, ove richiesto, in qualità di consulente per la C.A., all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

Art. 11

Sostituzioni ed incarichi provvisori (art. 70 A.C.N.)

Fermo restando quanto previsto dall'art. 70 dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato dall'A.C.N. 29 luglio 2009, secondo quanto disposto con decreto n. 9324 del 19 dicembre 2006 (*Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 3 del 19 gennaio 2007*), ed alla luce del parere S.I.S.A.C. n. 372 del 23 giugno 2009, nell'ambito della Regione siciliana gli incarichi di sostituzione di continuità assistenziale ai medici inseriti nella graduatoria regionale di settore, nonché ai medici che hanno acquisito l'attestato di formazione in medicina generale dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale, possono essere conferiti per un periodo massimo fino a 6 mesi.

I medici di cui alla norma finale n. 5 ed alla norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. di medicina generale 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, che intendono partecipare all'assegnazione di incarichi provvisori e di sostituzione di continuità assistenziale devono inviare alle aziende sanitarie ove intendono svolgere la loro attività, entro 30 giorni dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana della graduatoria regionale di medicina generale*, specifica domanda di inserimento in apposito elenco, precisando ai sensi di quanto previsto dal comma 2, il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinare la posizione nell'elenco.

In sede di prima applicazione il termine di 30 giorni di cui al comma precedente deve intendersi riferito alla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana del presente Accordo regionale di continuità assistenziale*.

Art. 12

Organizzazione della reperibilità (art. 71 A.C.N.)

1) Ai sensi dell'articolo 71 comma 2 dell'A.C.N., prioritariamente rispetto all'attivazione della reperibilità, è consentito ai medici titolari e sostituiti operanti nello stesso presidio dove si verifica l'esigenza, di effettuare il turno di servizio resosi vacante.

- 2) L'Azienda organizza i turni di reperibilità nei seguenti orari:
 - dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;
 - dalle ore 9,00 alle 10,30 dei giorni prefestivi;
 - dalle ore 7,00 alle 8,30 dei giorni festivi.

3) L'azienda provvede ogni sei mesi, entro 15 giorni dall'espletamento delle procedure per l'assegnazione degli incarichi provvisori, a redigere una graduatoria di reperibilità domiciliare per la C.A. tra tutti quei medici che ne abbiano fatto richiesta, compresi i medici che al momento della presentazione dell'istanza non siano incaricati.

I medici aventi diritto saranno graduati secondo l'anzianità di laurea, il voto di laurea e la minore età al momento del conseguimento della laurea.

Art. 13

Ricollocazione del medico non idoneo ai compiti propri della continuità assistenziale (art. 73, comma 4, A.C.N.) - Commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze

1) Fatto salvo quanto previsto dall' art. 19, comma 1, lett. f), il medico titolare di continuità assistenziale divenuto inabile allo svolgimento dei compiti di cui al capo III dell'A.C.N., il cui stato di inabilità venga accertata dalla competente commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze, sia per malattia e/o infortunio extra professionale, ivi incluso l'aggravamento di patologie preesistenti, sia per malattia e/o infortunio occorsi a causa o in

occasioni dell'attività professionale espletata ai sensi del presente accordo, ivi compresi gli infortuni subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, dovrà essere adibito ad altre attività programmate territoriali, compatibili con il suo stato di salute. I medici titolari già giudicati inabili allo svolgimento dei compiti da parte dei colleghi medici, dovranno essere sottoposti a nuova visita da parte della commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze.

2) Il medico dichiarato inidoneo mantiene il monte ore previsto nell'A.C.N., comprensivo dell'attribuzione del plus-orario.

3) La sede di lavoro è concordata tra la direzione dell'A.S.P. ed il sanitario interessato, sentito il parere del comitato aziendale, avendo particolare riguardo della residenza anagrafica del medico e compatibilmente col suo stato di salute.

4) Al medico dichiarato inidoneo va attribuito, nella graduatoria regionale di medicina generale, il punteggio per l'attività programmata territoriale.

5) Qualora il medico titolare di continuità assistenziale sia dichiarato dalla competente commissione inidoneo allo svolgimento delle attività di continuità assistenziale per una forma di inabilità riconosciuta permanente, l'azienda sanitaria individuerà l'incarico ai fini della rilevazione delle carenze; diversamente qualora l'inabilità sia riconosciuta come temporanea non sarà individuato alcun incarico vacante.

6) Il medico dichiarato inidoneo in modo permanente può chiedere il trasferimento presso altra A.S.P., previo parere favorevole del comitato regionale.

Art. 14

Superfestivi

Le ore di attività prestate nelle giornate festive e negli orari sotto indicati saranno retribuite con una maggiorazione di 4 euro lordi/ora:

— 1 gennaio:	ore 8,00-20,00;
— 6 gennaio:	ore 8,00-20,00;
— Pasqua:	ore 8,00-20,00; ore 20,00-8,00;
— Lunedì di Pasqua:	ore 8,00-20,00;
— 1 maggio:	ore 8,00-20,00;
— 15 agosto:	ore 8,00-20,00;
— 24 dicembre:	ore 20,00-8,00;
— 25 dicembre:	ore 8,00-20,00; ore 20,00-8,00;
— 31 dicembre:	ore 20,00-8,00.

Art. 15

Formazione continua (Art. 20 A.C.N.)

1. L'A.S.P. organizza, secondo quanto previsto dall'A.C.N., art. 20, comma 8, corsi di aggiornamento professionale per i medici di C.A. del valore fino al 70% del credito formativo ECM e comunque per non meno di 40 ore annue, dando priorità alla programmazione di corsi di B.L.S., B.L.S.D. e relativi alle varie attività svolte dai medici di continuità assistenziale.

2. La partecipazione a tali corsi è obbligatoria ed è retribuita come attività di servizio.

3. L'attività formativa dovrà riguardare, oltre agli aspetti professionali e clinici, anche gli aspetti organizzativi aziendali e potrà essere svolta, per i medici non di turno, anche nella giornata di sabato, unitamente ai medici di assistenza primaria.

4. Le AA.SS.PP. sono tenute ad organizzare iniziative formative prevalentemente di pratica clinica e di stretta attinenza con l'attività del medico di C.A., organizzati in corsi, stage, attività tecnico - pratiche, attività seminariali e, con l'impegno che a tali attività siano riconosciuti crediti formativi E.C.M. per medici titolari e sostituti, al momento in servizio attivo.

5. Il programma dei corsi viene elaborato sulla base dei bisogni formativi del medico di C.A. con particolare riferimento alla gestione delle urgenze mediche, dell'A.D.I., aspetti medico-legali ed organizzazione del servizio.

6. Ai suddetti corsi saranno addetti, tra l'altro, medici incaricati a tempo indeterminato che svolgono attività di C.A. in possesso dei titoli e corsi che ne definiscano la qualità di animatori di formazione, inseriti nell'apposito albo regionale, secondo i criteri previsti dall'art. 20 A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato dall'A.C.N. 29 luglio 2009.

Tali medici, analogamente agli animatori di assistenza primaria, saranno retribuiti con le stesse tariffe previste dall'accordo regionale di assistenza primaria.

7. Le aziende sono tenute a garantire la realizzazione dei suddetti corsi utilizzando le risorse disponibili alle stesse assegnate nel rispetto della programmazione regionale.

Art. 16

Esercizio del diritto di sciopero (art. 31 A.C.N.)

Le AA.SS.PP., in seno al comitato aziendale di medicina generale, entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, concordano con le OO.SS. i contingenti minimi di medici di C.A. da adibire al servizio in caso di sciopero della categoria.

Art. 17

Nuove formule aggregative: A.F.T. e U.C.C.P.

Il nuovo A.C.N. sottolinea l'importanza dell'appropriatezza, ponendo questo come tema centrale delle aggregazioni funzionali territoriali (A.F.T.), di cui all'art. 67, p. 16, dell'A.C.N. 2009, alle quali i M.C.A. sono chiamati a partecipare obbligatoriamente con le finalità di "promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della E.B.M., ..." e di "promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review".

Le A.F.T. rappresentano, quindi, il luogo di confronto e di costruzione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali integrati, che dovranno poi trovare concreta applicazione nelle routine assistenziali quotidiane.

L'A.F.T. è una metastruttura aggregativa necessaria per migliorare la produzione ed i risultati che da essa derivano. Gli oggetti fondamentali della condivisione, tra gli stessi M.C.A. e tra questi e gli altri professionisti in rapporto convenzionale, sono così inquadrabili:

- produzione dei dati necessari ai processi di programmazione ed alle verifiche di processo e di risultato;
- audit monoprofessionali e/o integrati per l'approfondimento di temi specifici e per la condivisione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali;
- formazione congiunta mirata all'implementazione ed al rafforzamento dei programmi di governo clinico.

La partecipazione obbligatoria del M.C.A. è, quindi, inquadrabile nei seguenti elementi:

- partecipazione alla "vita" dell'A.F.T., e cioè agli incontri ed alla condivisione dei programmi;
- produzione dei dati necessari al funzionamento dell'aggregazione ed all'espletamento dei suoi compiti;
- contributo alla produzione dei protocolli diagnostico-terapeutici evidence-based sulle aree ritenute critiche e loro corretta applicazione.

Il M.C.A. si raccorderà con il "referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P. - Unità complessa di cure primarie" di riferimento per tutte le attività relative alle A.F.T. e per il collegamento alle attività della stessa U.C.C.P.

Norme finali

1. Sulla base di specifici accordi aziendali, ai medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale, in possesso dell'attestato di idoneità in emergenza sanitaria territoriale, è consentita la possibilità di accettare incarichi a completamento orario, nelle sedi di pronto soccorso, conservando le 24 ore di C.A., limitatamente alla durata dell'incarico, fermo restando il prioritario utilizzo dei medici dell'emergenza territoriale.

Tale attività è incompatibile con l'incremento orario di cui all'art. 5, comma 2, del presente accordo.

2. Presso ciascun presidio ordinario di continuità assistenziale è previsto un numero di medici pari a 4,5 unità di personale; presso ciascun presidio permanente è previsto un numero di medici pari a n. 7 unità di personale.

3. Il presente accordo rimane valido fino al dicembre 2011 e mantiene gli effetti economici sino alla stipula del nuovo accordo regionale, per le parti non in contrasto con il successivo accordo collettivo nazionale di medicina generale.

4. Il budget assegnato a ciascuna A.S.P. è vincolato alle attività di cui al presente A.I.R. e costituisce un limite non valicabile.

5. Su tutti i compensi previsti dal presente accordo, l'azienda versa trimestralmente il contributo previdenziale a favore del competente fondo di previdenza, nella percentuale prevista dal vigente A.C.N.

6. Ogni A.S.P. nell'ambito della riorganizzazione complessiva del territorio, in maniera coordinata con le OO.SS., articolerà un piano di riallocazione, riorganizzazione e rifunionalizzazione dei presidi di continuità assistenziale, in ragione della distribuzione dei servizi nel territorio e delle condizioni del contesto, anche nella prospettiva di potenziare la sicurezza degli operatori.

(2010.40.2717)102