



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

## **DECRETO n. 149 del 24.12.2014**

**OGGETTO:** Modifiche ed integrazioni all'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i MMG approvato con decreto commissariale 87 del 24 luglio 2013.

### **PREMESSO:**

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi, tra cui la conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;

### **PREMESSO, altresì:**

- a. che con nota di prot. n. 1603 del 15.3.2013 è stato trasmesso in procedura SIVEAS lo schema di Accordo Integrativo Regionale (AIR) in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 30.7.2010, mediante intesa della Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina Generale;
- b. che con successivo decreto commissariale n. 87 del 24 luglio 2013 (BURC n. 40 del 22.8.2013) è stato approvato il suddetto AIR con allegata la "Relazione tecnica e di compatibilità economica";
- c. che con articolato parere di prot. n. 324-P del 6.8.2013, reso sullo schema di AIR, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno richiesto integrazioni e chiarimenti evidenziando la necessità di integrare il documento con una relazione tecnica e di compatibilità economico finanziaria nei termini riportati nel parere medesimo;

- d. che, con riferimento al decreto commissariale, i suddetti Dicasteri, con parere n. 162-P del 12.6.2014 hanno chiesto ulteriori chiarimenti ed integrazioni;

**RILEVATO:**

- a. che con l'adozione del decreto commissariale n. 87/2013 e dell'allegata relazione tecnica e di compatibilità economico-finanziaria è stata soddisfatta la richiesta di integrazione documentale formulata dai Ministeri affiancanti;
- b. che occorre provvedere alle rettifiche ed alle integrazioni dell'articolato dell'AIR, al fine di adempiere compiutamente alle richieste di cui al citato parere n. 162-P/2014;
- c. che in data 26.09.2014 sono state condivise in Comitato ex art. 24 della Medicina Generale le suddette modifiche ed integrazioni;

**RITENUTO**, pertanto, di dover provvedere in merito;

**DECRETA**

Per le considerazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

1. all'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, approvato con decreto commissariale n. 87 del 24 luglio 2013 sono apportate le seguenti modifiche ed integrazioni:

**CAPO II****Art. 2 - Graduatoria regionale**

- al comma 1, dopo le parole "la lettera a)" sono inserite le seguenti: "e b) dell'ACN vigente";
- al comma 5, le parole "art.2 dell'ACN" sono sostituite con le seguenti "art. 15 dell'ACN"

**CAPO III****Art. 3 – Fondo di ponderazione Regionale**

- al comma 6 le parole "art.9" sono sostituite con "art. 10 lettera A";

**Art. 7 - Governo Clinico ed Appropriatezza**

- al comma 9 le parole "comma 3" sono sostituite con "comma 5";
- al comma 10 le parole "comma 8" sono sostituite con "comma 9";

**Art. 12 - Cure Domiciliari**

- Alla fine del comma 2 sono inseriti i seguenti periodi:

Lettera a) "Il suddetto fondo va determinato entro il 31 gennaio di ogni anno. Al fine di assicurare l'obiettivo dell'ADI, così come definito al comma 4 del presente articolo, al MMG che supera il tetto individuale può essere riconosciuto il compenso se lo stesso trova capienza nel fondo aziendale";

Lettera b) *“In particolari condizioni legate alla maggiore necessità assistenziale di aree periferiche del territorio regionale , le Aziende definiscono con le OO SS, nel rispetto del fondo disponibile, il potenziamento dell’ADI”*

- al comma 4 è eliminato “= 0”;
- al comma 6 dopo la parola coordinamento è inserito “, ... intesa quale partecipazione all’UVI,”
- Al paragrafo “Cure domiciliari di tipo prestazionali (ADP) “ è aggiunto il comma 7: “l’ADR di cui all’ex art 39 della DGRC 2128 del 2003 è inclusa nell’ADP”

#### **Art. 14 - Attività di Prevenzione individuale e su gruppi di popolazione -**

Paragrafo “Prevenzione secondaria (screening)”

- è aggiunto alla fine del paragrafo il seguente periodo: *“Pertanto le Aziende che intraprendono attività di prevenzione secondaria ai sensi del presente articolo, ne danno comunicazione al Comitato ex-art.24 specificando le modalità operative e d il relativo corrispettivo economico a favore dei MMG che hanno aderito”;*  
*I compensi previsti per il MMG aderente alle attività di screenin restano quelli individuati nell’ex art 70 del BURC n°32 del 21 luglio 2003 – Deliber azione n°2128 del 20 giugno 2003*

#### **Art. 15 – Sanità Penitenziaria**

- L’art. 15 è così sostituito:

*“Con il DPCM 01.04.2008 di riforma della sanità penitenziaria sono state trasferite alle Regioni anche le funzioni proprie della Medicina Generale, svolte, ex Legge n. 740/1970 e smi, negli Istituti penitenziari dai Medici Incaricati e dai Medici SIAS.*

*In considerazione degli esistenti indirizzi normativi, e della necessità di garantire, in applicazione alle linee di indirizzo di cui all’allegato A del DPCM 01.04.2008, l’erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza negli istituti penitenziari con particolare riguardo all’area della medicina generale ed alle risposte alle urgenze si prevede:*

*Medici addetti alla Assistenza Penitenziaria:*

*Al fine di assicurare l’erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza negli istituti penitenziari per l’area della medicina generale e dell’urgenza le Aziende determineranno il relativo fabbisogno.*

*Le attività di medicina generale, nonché le certificazioni in uso nel Servizio Sanitario Regionale e le certificazioni specifiche in ambito Penitenziario, già precedentemente svolte dai Medici Incaricati Provvisori, verranno garantite ricorrendo prioritariamente con incarichi ai dirigenti medici dipendenti delle Aziende Sanitarie. In subordine si procederà, nelle more della definizione del nuovo ACN, al conferimento di incarichi provvisori, della durata massima di 12 mesi, secondo le procedure previste dal comma 8 e comma 11 dell’art.70 dell’ACN della Medicina Generale vigente.*

*Le attività di urgenza, già precedentemente svolte dai Medici SIAS, verranno garantite ricorrendo prioritariamente con incarichi ai dirigenti medici dipendenti delle Aziende Sanitarie. In subordine si procederà, nelle more della definizione del nuovo ACN, al conferimento di incarichi provvisori, della durata massima di 12 mesi, secondo le procedure previste dal comma 8 e comma 11 dell'art.70 dell'ACN della Medicina Generale vigente.”*

#### **CAPO IV**

##### **Art. 5 - Compiti del medico**

- Al comma 2, dopo le parole “servizio stesso” sono inserite le seguenti: “che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario”;

##### **AR. 9 – Trattamento economico**

- Alla tabella in calce al comma 1 è depennata la riga:

Indennità art. 67 comma 8-11	€ 0.88
------------------------------	--------

- Dopo la norma finale n. 16 è introdotta la seguente:  
“**Norma finale n.17** - Sono confermate le zone disagiate di Assistenza Primaria definite ai sensi dell'ex-art. 76 AIR 2003 fino a ridefinizione dei criteri da formularsi dal Comitato ex-art.24”;
2. di dare atto, per effetto delle modifiche ed integrazioni apportate con il presente provvedimento, il testo dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, già approvato con il DCA n.87 del 24.7.2013, è quello risultante dal documento allegato, che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto;
  3. di trasmettere il presente Decreto al Capo di Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, al Direttore Generale per la tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e all'Ufficio Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale per la integrale pubblicazione sul BURC.

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario ad Acta  
Prof. Ettore Cinque

Il Sub Commissario ad Acta  
Mario Morlacco

Il Capo Dipartimento della Salute  
e delle Risorse Naturali  
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la tutela  
Della Salute e il Coordinamento SSR  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente della UOD  
Medicina Territoriale  
Dott. Aurelio Bouchè

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

1.

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE  
IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 30  
LUGLIO 2010,  
MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO – REGIONI,  
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA  
GENERALE  
REP. N. 93/CSR**

**INDICE**

<b>PREMESSA</b> .....	<b>6</b>
<b>CAPO I : PRINCIPI GENERALI</b> .....	<b>7</b>
<b>GLI OBIETTIVI STRATEGICI</b> .....	<b>7</b>
1. La centralità della “persona” e la personalizzazione degli interventi .....	<b>7</b>
2 . Il rafforzamento e l’estensione del rapporto fiduciario del MMG .....	<b>7</b>
3. L’integrazione con il territorio del MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale).....	<b>7</b>
4. La presa in carico e il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza .....	<b>7</b>
5. La garanzia del diritto all’accesso attraverso il mantenimento di una struttura capillare di studi. ..	<b>8</b>
6. La tutela delle “fragilità” e l’umanizzazione delle cure.....	<b>8</b>
7. La corresponsabilità nel governo della domanda e nel “governo clinico” dell’assistenza distrettuale.....	<b>8</b>
<b>ELEMENTI DI CONTESTO</b> .....	<b>8</b>
<b>CAPO II: PARTE GENERALE</b> .....	<b>11</b>
Art. 1 - Durata dell’Accordo Regionale .....	<b>11</b>
Art. 2 - Graduatoria regionale (Ex-Art. 15 ACN).....	<b>11</b>
Art. 3 - Formazione continua (Ex-Art. 20 ACN) .....	<b>12</b>
Art. 4 - Diritti sindacali (Ex-Art . 21 ACN) .....	<b>13</b>
Art. 5 - Regolamentazione del diritto di sciopero (Ex Art. 31 ACN).....	<b>13</b>
<b>CAPO III : L’ASSISTENZA PRIMARIA</b> .....	<b>16</b>
Art 1 - Rapporto ottimale (Ex-Art. 33 ACN) .....	<b>16</b>
Art. 2 - Ambiti territoriali per la copertura di zone carenti (Ex-Art. 34 ACN).....	<b>16</b>
Art. 3 - Fondo di ponderazione regionale (ex art. 46 – ACN) .....	<b>17</b>
Art. 4 - Massimale di scelte e sue limitazioni (Ex art. 39 ACN).....	<b>18</b>
Art. 5 - Scelta del medico (Ex-Art. 40 ACN).....	<b>18</b>
Art 6 - Il ruolo del MMG di Assistenza Primaria.....	<b>20</b>
Art 7 - Governo Clinico ed Appropriatezza .....	<b>21</b>

<b>Art. 8 – Governo Clinico ed Appropriatelyzza: Organismi e Funzionamento.....</b>	<b>23</b>
<b>ART 9 - Disease Management del Diabete Mellito .....</b>	<b>25</b>
<b>Art 10 - Forme organizzative dell’Assistenza Primaria .....</b>	<b>29</b>
<b>ART 11 – Forme Organizzative Sperimentali della Medicina Generale.....</b>	<b>31</b>
<b>Art 12 Cure Domiciliari - art. 53 dell’ACN .....</b>	<b>35</b>
<b>Art 13 - Scheda di Valutazione della Fragilità .....</b>	<b>43</b>
<b>ART 14 – Attività di Prevenzione Individuale e su Gruppi di Popolazione.....</b>	<b>44</b>
<b>Art. 15 – Sanità Penitenziaria .....</b>	<b>47</b>
<b>DICHIARAZIONE A VERBALE n. 1.....</b>	<b>47</b>
<b>DICHIARAZIONE A VERBALE n. 2.....</b>	<b>51</b>
<b>CAPO IV: LA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE.....</b>	<b>52</b>
<b>PREMESSA .....</b>	<b>52</b>
<b>Art. 1 - Criteri generali (ex-art. 62 ACN) .....</b>	<b>52</b>
<b>Art. 2 – Distrettualizzazione del servizio – Zone disagiate .....</b>	<b>52</b>
<b>Art. 3 - Incarichi (ex-art. 63 ACN).....</b>	<b>52</b>
<b>Art.4 – Massimali (ex-art. 65 ACN) .....</b>	<b>53</b>
<b>Art.5 - Compiti del medico (ex-art. 67 ACN) .....</b>	<b>53</b>
<b>Art.6 - Competenze delle Aziende (ex-art. 68 ACN) .....</b>	<b>54</b>
<b>Art.7 - Sostituzioni e incarichi provvisori (ex-art. 70 ACN) .....</b>	<b>55</b>
<b>Art.8 - Organizzazione della reperibilità (ex-art. 71 ACN) .....</b>	<b>55</b>
<b>Art.9 - Trattamento economico (ex-art. 72 ACN).....</b>	<b>55</b>
<b>Art.10 – Festività speciali .....</b>	<b>56</b>
<b>Art.11 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi (ex-art. 73 ACN) .....</b>	<b>56</b>
<b>Art.12 - Formazione continua.....</b>	<b>56</b>
<b>Art.13 – Coordinamento .....</b>	<b>56</b>
<b>Art.14 – Progetti obiettivo .....</b>	<b>57</b>
<b>Art.15 - Prestazioni attività aggiuntive .....</b>	<b>58</b>
<b>Art.16 - Patrocinio legale per fatti connessi all’espletamento dei compiti di ufficio.....</b>	<b>58</b>

Art.17 - Regolamentazione del diritto di sciopero .....	58
Art. 18 – Attività sindacale.....	58
Art. 19 - Assistenza ai turisti (ex-art.59 ACN) .....	58
<b>CAPO V: REGOLAMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI</b>	
<b>ROGRAMMATE.....</b>	<b>59</b>
<b>CAPO VII: MEDICINA DEI SERVIZI .....</b>	<b>59</b>
Art. 1 – Ambito di applicazione .....	59
Art. 2 - Progetti obiettivo.....	59
Art. 3 – Aggiornamento professionale .....	59
Art. 4 - Reperibilità .....	59
Art.5 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi e patrocinio legale.....	60
Art. 6 – Trasferimenti .....	60
Art. 7 – Comando .....	60
Art. 8 - Prestazioni aggiuntive .....	60
Art. 9 – Attività fiscali e ispettive .....	60
Art. 10 – Mobilità .....	60
Art. 11 - Aumenti di orario.....	60
Art.12 – Trattamento economico .....	60
Art.13 – Attività sindacale.....	60
<b>Norme Finali.....</b>	<b>61</b>
<b>Norma finale n. 1.....</b>	<b>61</b>
Norma finale n. 2.....	61
<b>Norma finale n. 3.....</b>	<b>61</b>
Norma finale n. 4.....	61
Norma finale n. 5.....	61
Norma finale n. 6.....	61
Norma finale n. 7.....	62
Norma finale n. 9.....	62



<b>Norma finale n. 11.....</b>	<b>62</b>
<b>Norma Finale n.13 .....</b>	<b>62</b>
<b>Norma finale n. 14.....</b>	<b>62</b>
<b>Norma Finale n. 15 .....</b>	<b>62</b>
<b>Norma finale n. 16.....</b>	<b>62</b>
<b>Norma finale n. 17.....</b>	<b>63</b>

## PREMESSA

La Regione Campania e le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale condividono la necessità di una nuova e più moderna organizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale distrettuale, con particolare riferimento all'area delle cure primarie.

Infatti il rafforzamento delle Cure Primarie è considerato ormai condizione indispensabile per affrontare in maniera adeguata le difficoltà legate alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni e degli interventi, ai tempi e alle liste d'attesa, alla sostenibilità economica del sistema sanitario.

Col presente Accordo Integrativo Regionale si intende delineare una figura di Medico di Medicina Generale in linea con il ruolo e le funzioni attribuite dal vigente ACN e dalla legislazione nazionale e regionale in materia.

Gli aspetti che il presente Accordo intende focalizzare sono i seguenti:

1. la centralità della "persona" e la personalizzazione degli interventi;
2. il rafforzamento e l'estensione del rapporto fiduciario del MMG e della Medicina di Famiglia ;
3. l'integrazione del MMG con il territorio e il lavoro in associazione;
4. la presa in carico e il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza;
5. la garanzia del diritto all'accesso attraverso la rete territoriale degli ambulatori di MMG sia in forma associata che singola;
6. la tutela delle "fragilità" e l'umanizzazione delle cure;
7. la corresponsabilità nel governo della domanda e nel governo clinico dell'assistenza distrettuale.
8. il presente Accordo, così come sottoscritto, sarà sottoposto a ratifica con decreto commissariale e validazione ministeriale.

## CAPO I : PRINCIPI GENERALI

### GLI OBIETTIVI STRATEGICI

#### **1. La centralità della “persona” e la personalizzazione degli interventi**

L'attenzione alla “persona” nella erogazione degli interventi assistenziali in genere e sanitari specifici, è proposta con particolare enfasi nella programmazione regionale, configurandone una “centralità” di interventi riferiti alla persona. Il MMG di Assistenza Primaria, quale primo riferimento della persona da assistere nel territorio, è chiamato a svolgere un ruolo primario su questo versante, considerato anche il tipo di rapporto “fiduciario” che instaura con l'assistito. Il MMG di Assistenza Primaria, privilegiato per la continuità delle cure e per la conoscenza del microambiente familiare e sociale della "persona", è la figura assistenziale centrale nella programmazione degli interventi assistenziali in genere e sanitari specifici.

#### **2 . Il rafforzamento e l'estensione del rapporto fiduciario del MMG**

Il rapporto fiduciario del MMG di Assistenza Primaria con il proprio assistito, ormai consolidato, necessita di un rafforzamento e di una estensione, in linea con le mutate condizioni di vita della società che tende a parcellizzare e spersonalizzare gli interventi assistenziali. Si tratta di rafforzare questo rapporto tramite il coinvolgimento dell'intero ambito familiare e sociale, inteso come comunità di persone nella quale l'assistito risulta inserito e con la quale intrattiene relazioni di convivenza.

#### **3. L'integrazione con il territorio del MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale)**

Ciò potrà avvenire solo ricercando formule di lavoro “insieme” che non rappresentino soltanto una dichiarazione di intenti, ma reale ed effettiva integrazione di attività tra diversi MMG di uno stesso ambito territoriale, tra MMG e altre figure professionali sanitarie e tra questa équipe e il personale amministrativo. L'integrazione avverrà anche attraverso una maggiore integrazione degli studi professionali e i presidi dei MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) esistenti, quelli nuovi da costruire secondo il presente AIR e gli ambulatori e i presidi del distretto.

Il superamento dell'isolamento dei MMG potrà realizzarsi anche e soprattutto attraverso l'integrazione del lavoro delle équipe di professionisti che si andranno a costituire nel sistema complessivo organizzativo-gestionale del Distretto Sanitario.

#### **4. La presa in carico e il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza**

La presa in carico globale dell'assistito da parte del Medico di Medicina Generale di Assistenza Primaria, nel percorso assistenziale, diventa garanzia per la continuità dei processi di cura-assistenza. Ciò potrà realizzarsi se le équipe di professionisti organizzeranno le proprie attività nel sistema di rete che comprende le diverse realtà assistenziali del Distretto. Il MMG di Assistenza Primaria garantirà la continuità terapeutico-assistenziale anche in un'ottica di promozione complessiva della salute sia del paziente, sia della famiglia e della comunità. La continuità delle cure non potrà non prevedere la “presenza “del medico MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) in tutti i vari “passaggi” del proprio assistito nel suo percorso di assistenza, a partire dalle cure domiciliari e fino al suo “ritorno a casa” dopo l'ospedalizzazione e la transitoria istituzionalizzazione.

### **5. La garanzia del diritto all'accesso attraverso il mantenimento di una struttura capillare di studi.**

La garanzia del diritto all'accesso da parte dell'assistito inteso in senso ampio quale "accessibilità" non solo in termini di riduzione delle attese e dei tempi connessi, ma anche come "unitarietà dell'accesso" per i diversi momenti o processi assistenziali (punto unico d'accesso alle cure presso le equipe di professionisti) e come definizione trasparente di criteri di priorità di accesso in relazione alle diverse esigenze assistenziali del paziente. Gli studi e i presidi nuovi e vecchi della Medicina Generale (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) sono le strutture che garantiscono l'accesso.

### **6. La tutela delle "fragilità" e l'umanizzazione delle cure**

La tutela delle "fragilità", intese in senso vasto a partire dal transitorio episodio di malattia e fino alla fragilità della malattia cronica invalidante, troverà concretezza nel:

potenziamento delle cure domiciliari

sviluppo e implementazione della integrazione sanitaria e socio-sanitaria

attenzione preventiva a particolari target di popolazione da assistere quali: anziani e/o non autosufficienti, disabili, minori a rischio, famiglie "fragili", etc.

Tale tutela sarà sviluppata nella rete assistenziale del distretto a partire dall'iniziativa dei MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale).

### **7. La corresponsabilità nel governo della domanda e nel "governo clinico" dell'assistenza distrettuale**

Si vuole rafforzare il ruolo dei medici MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) nell'identificazione dei bisogni singoli e della comunità di riferimento e nella traduzione di questi in domande di interventi e azioni assistenziali appropriati (e quindi efficaci ed efficienti).

## **ELEMENTI DI CONTESTO**

A livello sovraregionale, appare di particolare interesse quanto contenuto nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che individua un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. nella riorganizzazione delle cure primarie delle quali va accelerato il processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) nel governo della domanda, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

Per raggiungere questo obiettivo occorre determinare le condizioni per completare il percorso che conduca al graduale superamento dell'assistenza primaria basata solo sullo studio individuale del medico di Assistenza Primaria, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, anche in sedi uniche, con adeguati requisiti anche logistici, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana. Questa articolazione delle cure primarie consentirà una più appropriata erogazione dei servizi, l'efficace continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti, una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini, l'erogazione di attività specialistiche, la riduzione delle liste d'attesa, l'attivazione dei percorsi assistenziali e una più efficace integrazione socio sanitaria. Questo modello organizzativo avrà inoltre importanti ricadute sull'accesso improprio al P.S. grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale.

L'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 individua le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Con tale Accordo, consistenti risorse sono state destinate alle cure primarie e all'assistenza h24.

Nella seduta del 3 dicembre 2009 è stato siglato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il Nuovo Patto per la Salute 2010–2012. Il Patto per la Salute è un accordo programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

A livello regionale, le scelte già presenti, fortemente necessitate dalle esigenze scaturenti dal Piano di Rientro, inducono a contemperare diverse ed opposte esigenze, quali da una parte quella di individuare comunque istituti o modalità comuni, che offrano garanzie assistenziali per l'utenza e di attività per i medici convenzionati; dall'altra valorizzino il diverso ruolo della medicina generale, strettamente collegato con la responsabilità di orientamento della domanda e ormai indirizzato verso condivisioni strategiche del sistema sanitario regionale.

In tale contesto, si inserisce il Decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27.09.2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche ed integrazioni."

Il sistema sanitario della Regione Campania in tutte le analisi che sono state prodotte, sia con riferimento alla adeguatezza delle strutture, dei posti letto e dell'assetto territoriale, sia con riferimento alla spesa ha evidenziato la assoluta necessità che una buona programmazione riequilibri il rapporto oggi esistente fra livello essenziale ospedaliero e livello essenziale di assistenza territoriale, spostando sul territorio risorse economiche, umane e tecnologiche, atte a garantire percorsi diagnostici e terapeutici che oggi trovano inappropriate risposte negli ospedali.

L'importanza della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del paziente come mezzo fondamentale per rendere effettivo il diritto alla salute del cittadino è ribadito anche nel Patto per la Salute 2010-2012.

Passaggio fondamentale per raggiungere tale obiettivo è la razionalizzazione della funzione ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse.

E' pertanto necessaria la condivisione dell'assunto culturale che soltanto la conoscenza del bisogno reale consente l'individuazione e l'eliminazione della domanda indotta, per cui l'appropriatezza è da ricercare non solo nella risposta erogativa, quanto anche, e soprattutto, nel complesso contesto sociologico che sottende alla formazione della domanda stessa: solo dopo che la domanda è stata individuata come espressione di un reale bisogno, va poi ricercata la modalità dell'intervento nonché l'ambito di cura più appropriato nell'ottica di privilegiare comportamenti che vedano la ricerca di efficienza quale discriminante di percorsi egualmente efficaci.

Si deve sostanziare quindi la ricerca dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica, attraverso l'adesione alle linee guida diagnostico-terapeutiche condivise e l'utilizzo di appositi indicatori di struttura, processo ed esito.

L'appropriatezza dell'ambito di cura impone che la rete di offerta sia configurata quale un insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio e, pertanto, la modalità di produzione dell'offerta sia individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera: L'appartenenza all'uno o all'altro

livello non deve contenere più elementi di divisione, di funzioni o attività, ma deve rappresentare soltanto una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio – assistenziale - sanitaria calibrata sul reale bisogno di salute.

Tutto questo presuppone la creazione di un “Distretto forte” con un ruolo centrale nel sistema di conoscenza del bisogno reale dei cittadini e di governo dei percorsi di soddisfacimento della domanda.

Per ottenere questo, è anche indispensabile elaborare strategie volte a creare un rapporto di partnership tra Medici di Medicina generale (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) ed Azienda, attraverso un mutamento culturale dei rapporti che intercorrono tra azienda e professionisti per giungere alla definizione di obiettivi comuni di salute, all’elaborazione di percorsi condivisi ed alla progressiva introduzione del concetto di “Gestione Controllata delle Risorse”.

Si vuole proporre, in modo nuovo, il ruolo del territorio, recuperando una posizione centrale dei MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) che garantiscano un approccio centrato sulla persona.

I MMG di Assistenza Primaria, in sinergia con il personale dei distretti, sono il punto di riferimento primario nella gestione della persona, proponendo in prima persona e poi progettando i profili di assistenza a livello distrettuale insieme a tutti gli altri servizi individuati nella gestione del caso. Si potrà così potenziare “la Presa in Carico” attraverso un percorso verso cui indirizzare la persona, che tenendo conto da un lato delle Linee Guida e dall’altro della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta dei servizi, riesca a limitare l’accesso a prestazioni e servizi impropri.

La necessità di ottimizzazione delle risorse disponibili nel sistema impone, tra l’altro, l’adozione e la condivisione responsabile da parte di tutti gli attori del sistema di percorsi assistenziali integrati definiti in base al livello di complessità delle cure. L’individuazione di differenti setting assistenziali a diversa intensità, assicurerà l’appropriatezza dell’accesso alle cure garantendo la qualità della prestazione e rispondendo a criteri di efficienza gestionale ed efficacia clinica.

In questo contesto, particolare rilievo assumono i percorsi assistenziali che favoriscono la deospedalizzazione delle cure attraverso il ricorso ad altri modelli organizzativi quali il day-service e i percorsi ambulatoriali.

Quindi il sistema sanitario regionale afferma e garantisce la presa in carico del bisogno sanitario e individua il percorso assistenziale come riconoscimento di un diritto soggettivo all’assistenza sanitaria.

Attraverso le cure primarie, l’assistenza sanitaria da affermazione di un diritto, si traduce in percorso organizzato, configurandosi nella più ampia cornice del governo clinico attraverso una assistenza integrata e multidisciplinare, centrata sul paziente e sui suoi bisogni di salute, sull’efficacia e l’appropriatezza delle prestazioni, sul miglioramento continuo della qualità dell’assistenza.

**CAPO II: PARTE GENERALE****Art. 1 - Durata dell'Accordo Regionale**

1. Il presente Accordo Regionale ha durata fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.
2. La parte economica dell'Accordo decorre dalla data di pubblicazione nel B.U.R.C. decreto commissariale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze e deroghe espressamente indicate nel presente accordo per taluni istituti.
3. Nel caso che si verifichi l'intervento, in corso di validità del presente Accordo, di normative legislative nazionali o regionali, che ne modificano l'applicabilità, le Parti concordano l'immediata riapertura del tavolo di trattativa per le opportune modifiche e/o integrazioni.
4. Nel caso che si verifichi l'intervento, in corso di validità del presente Accordo, di normative contrattuali nazionali a carattere economico prevalgono quelle più favorevoli.

**Art. 2 - Graduatoria regionale (Ex-Art. 15 ACN)**

1. Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati secondo le procedure di cui al presente Accordo, la Regione Campania, a partire dalle zone carenti rilevate nel 2013 fatto salvo il disposto di cui all'art 34, comma 2, lettera a) e b) dell'ACN vigente e dell'art 63 comma 2 lettera a) riserva nell'ambito regionale la percentuale del 75% 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 D.lvo n°256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.lvo n.368/99 e di cui al D.lvo n.277/2003 ed una percentuale del 25% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente in corrispondenza alla percentuale di cui alla lettera a)
2. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria e/o di continuità assistenziale spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva di aspiranti.
3. Gli aspiranti alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti e degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione di cui al precedente comma 1, fatto salvo il disposto di cui al comma 2; gli aspiranti alla assegnazione degli incarichi vacanti o degli ambiti territoriali carenti dichiarano, all'atto della relativa domanda, la riserva per la quale intendono concorrere.
4. All'atto della presentazione della domanda per l'inclusione nella graduatoria di cui all'art. 16 dell'ACN, il medico dichiara in autocertificazione, a pena di esclusione, ai sensi e agli effetti dell'art. 34, comma 8 e dell'art. 63, comma 15 nonché dell'art. 92, comma 10 dell'ACN vigente, l'eventuale esistenza di un rapporto di lavoro sia dipendente che convenzionato, a tempo indeterminato.
5. Ai sensi e agli effetti dell'art 16 comma 4 dell' ACN vigente , all'atto di presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria di cui all'art. 15 dell'ACN, il medico deve dichiarare con autocertificazione, a pena di esclusione, che le attività di servizio dichiarate non sono state svolte durante i periodi formativi.

**Art. 3 - Formazione continua (Ex-Art. 20 ACN)**

1. In ogni A.S.L della Regione l'ammontare dei finanziamenti per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente, di cui all'art. 20 dell'ACN vigente, deve orientativamente prevedere una cifra annua pari all'1% del monte salari della medicina generale, così come previsto per il personale dipendente, per il quale si fa riferimento alla circolare del Ministero della funzione pubblica n. 14 del 24.4.95.
2. Nell'ambito dello stanziamento di cui al punto 1 rientrano tutti i costi derivanti dall'applicazione dei punti successivi, fatto salvo quanto previsto al comma 8. A tal fine si fa riferimento all'ammontare complessivo della spesa sostenuta annualmente dalle Aziende sanitarie per la retribuzione dei medici convenzionati ai sensi del presente Accordo suddividendola in quota capitaria proporzionalmente tra i diversi settori; tale importo, se non impiegato in tutto o in parte, deve essere impegnato allo stesso scopo, accantonandolo in capitolo a destinazione vincolata, nell'esercizio di bilancio dell'anno successivo.
3. In ogni ASL della Regione, su indicazione del Comitato Regionale per l'Appropriatezza, di cui all'art 8 comma 1 lettera a), vengono definiti , nell'ambito dell' UVOA di cui all'art 8, comma 1, lettera b), gli obiettivi di cui all'art 20 comma 1 dell'ACN vigente.
4. L'aggiornamento professionale obbligatorio di 40 ore annue, svolto secondo i criteri dell'art. 20, comma 12 dell'ACN vigente , è finalizzato alla acquisizione del 70% annuale dei crediti formativi ECM.
5. I corsi si svolgono secondo la metodica dell'apprendimento attivo, vi possono partecipare massimo 50 discenti a seminario, per ogni seminario sono previsti un docente di medicina generale e un animatore di formazione permanente.
6. Le Aziende provvedono all'attuazione ed organizzazione dei corsi secondo le linee emanate dalla Regione con le modalità di cui all'art. 20 dell'ACN vigente, avvalendosi dell'UVOA , integrato da rappresentanti delle Società Scientifiche della Medicina Generale, con funzioni di recepimento ed adeguamento alla realtà locale degli indirizzi e delle sperimentazioni emanate dalla struttura regionale. Le Aziende , avvalendosi dell'UVOA, individuano , gli Animatori di formazione, i Tutor, i Docenti di Medicina Generale, in possesso dei corrispettivi titoli di formazione, per le attività di cui all'art 20 comma 12 dell'ACN vigente.
7. I docenti di medicina generale e gli animatori di formazione per la loro attività, ricevono un compenso commisurato all'impegno e comunque non superiore a:
  - € 250,00 per la preparazione del pacchetto didattico quale rimborso spese forfetario;
  - € 120,00 per lo svolgimento del pacchetto didattico quale rimborso forfetario per ogni seminario;
  - € 120,00 quale rimborso forfetario per ogni seminario ai medici di MG che svolgono attività di docenti di contenuto.
8. Ai medici di assistenza primaria che svolgono funzioni di tutor nei confronti dei tirocinanti del Corso di formazione specifica in Medicina Generale( D.L.vo 256/91 e D.L.vo 368/99) è corrisposto un compenso di € 260,00 o come previsto dalla DGRC 1980 del 12/12/2008 per mese di attività. Il finanziamento di tale capitolo di spesa è da imputare ai relativi capitoli di spesa di riferimento per il finanziamento dei suddetti Corsi.
9. Le AA SS LL corrispondono l'intera quota spettante ai MMG che svolgono funzioni di tutor nei confronti dei tirocinanti del Corso di formazione specifica in Medicina Generale (corsi di formazione obbligatoria ex art. 20) previa compensazione da parte della Struttura preposta alla organizzazione del C.F.S.M.G.



10. L'attività di Animatore di Formazione e di Docente di M.G. è equiparata a tutti gli effetti ad aggiornamento professionale obbligatorio, considerando le ore di attività in aula.

11. La decorrenza economica delle previsioni di cui al presente articolo è fissata alla data di pubblicazione del presente Accordo.

#### **Art. 4 - Diritti sindacali (Ex-Art . 21 ACN)**

1. Ai soli componenti titolari di parte medica convenzionata presenti nel Comitato regionale ex-art. 24, anche se riunito come Comitato regionale per l'appropriatezza o per la formazione, è corrisposto un rimborso forfetario omnicomprensivo di € 50,00 per seduta.

2. Ai soli componenti eletti degli Uffici di Coordinamento delle Attività distrettuali (UCAD) ex art. 25 dell'ACN titolari di parte medica convenzionata presenti è corrisposto un rimborso forfetario omnicomprensivo di € 50,00 per seduta.

3. Al solo medico di medicina generale, componente di diritto dell'UCAD e del Comitato Aziendale e Regionale dell'Appropriatezza, è corrisposto un compenso orario non superiore alle tre ore settimanali sulla base di specifica certificazione rispettivamente del Direttore di Distretto, del Direttore Sanitario Aziendale, del Dirigente Regionale. Tale compenso, omnicomprensivo, corrisponde a quanto previsto per le attività orarie di continuità assistenziale di cui all'art. 72, comma 1, nella misura prevista per l'anno di riferimento.

4. Ai soli componenti titolari di parte medica convenzionati presenti nei Comitato Aziendale ex-art. 23, anche se riunito come Comitato aziendale per l'appropriatezza o per la formazione, è corrisposto un rimborso forfetario omnicomprensivo di € 50,00, con le modalità di quanto previsto al comma 1 del presente articolo per seduta.

5. Tutti gli oneri di cui al presente articolo di cui all'art. 21 dell'ACN vigente sono a carico dell'Azienda d'iscrizione del medico. Al fine della corresponsione del compenso, di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, il medico presenta alla Azienda di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute e i conseguenti rimborsi sono erogati al medico avente diritto entro i due mesi successivi a quello di ricezione della richiesta.

6. Al fine di perseguire le finalità di cui al DL 13 settembre 2012 n. 158 con particolare riguardo alla promozione della prevenzione, alla realizzazione di percorsi formativi e allo sviluppo delle forme organizzative della assistenza primaria, all'integrazione delle professionalità operanti nel SSR, le parti ritengono fondamentale il coinvolgimento delle organizzazioni rappresentative dei medici convenzionati di medicina generale, della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e della emergenza territoriale mediante attuazione dell'art. 9 comma 5 Capo I della DGR n. 2128 del 20.06.2003.

#### **Art. 5 - Regolamentazione del diritto di sciopero (Ex Art. 31 ACN)**

1. La regolamentazione viene effettuata in attuazione di quanto disposto dalla legge 12 giugno 1990, n.146 ("Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente garantiti, Istituzione della Commissione di Garanzia dell'attuazione della legge"), come modificata dalla legge 11 aprile 2000, n.83 ("Modifiche ed integrazioni della legge 12 giugno 1990, n. 146, in materia di esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati") e, in ottemperanza alle deliberazioni della Commissione

di Garanzia per l'attuazione della Legge sullo sciopero nei Servizi Pubblici Essenziali, con particolare riguardo al contemperamento del diritto dell'utenza.

2. Il diritto di sciopero delle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 10giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero già indetto, le organizzazioni sindacali devono darne tempestiva comunicazione.

3. La proclamazione di scioperi relativi a vertenze sindacali, deve essere comunicata ai soggetti istituzionalmente preposti ai rispettivi livelli regionale e aziendale sulla base della estensione rispettivamente regionale o aziendale dello sciopero stesso.

4. Sono prestazioni indispensabili di assistenza primaria, ai sensi della legge n. 146/1990, come modificata ed integrata dalla legge n. 83/00 e successive modificazioni e integrazioni: le visite domiciliari non differibili, l'assistenza domiciliare integrata, le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito del presente Accordo. Per lo svolgimento delle attività di cui sopra è prevista la contattabilità del medico di AP in sciopero.

5. Nel campo della continuità assistenziale (C.A.) e dell'emergenza sanitaria territoriale (E.S.T.), oltre a quelle previste dal precedente comma per quanto di competenza, sono prestazioni indispensabili gli interventi di cui agli artt. 67 e 95 dell'ACN limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici.

Sono prestazioni indispensabili per la CA:

- visite domiciliari non differibili
- visite domiciliari a pazienti in ADI

Sono prestazioni indispensabili per l'EST:

- attività a bordo di mezzi ALS su codici gialli e rossi, anche in caso di maxiemergenze
- laddove istituito il servizio, il trasporto protetto per codici gialli e rossi

Nel campo della medicina dei servizi territoriali, sono prestazioni indispensabili quelle di cui all'art. 78, comma 12 dell'ACN.

6. Le prestazioni di cui ai commi 4 e 5, in caso di sciopero della categoria dei medici di medicina generale convenzionati, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui ai rispettivi Capi dell'ACN.

7. Il medico convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto all'Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale.

8. L'adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale..

9. I medici di medicina generale che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 30 dell'ACN.

10. Le organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

- nel mese di agosto;

- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

11. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

12. In conformità ai contingenti di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli scioperi dei medici di continuità assistenziale, di medicina dei servizi territoriali e di emergenza sanitaria territoriale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile.

13. La determinazione minima dei contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui al comma 4, deve corrispondere al numero di medici previsti per turno in ciascuno di essi. È da garantire comunque la continuità del servizio.

14. È demandato al Comitato ex art. 24 la definizione delle modalità applicative di quanto previsto dall'ACN all'art. 31, comma 14.

15. Per l'area dell'assistenza primaria, l'individuazione del contingente di medici si realizza nell'ambito delle sperimentazioni aziendali di strutture operative composte, con sede unica.

16. E' fatto divieto, al medico in sciopero, di richiedere compensi ai cittadini per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui ai commi 4 e 5.

17. La comunicazione di cui al comma 7 non è dovuta, da parte dei medici iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:

- a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente Accordo;
- b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

18. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

19. Il medico iscritto a un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 7.

**CAPO III : L'ASSISTENZA PRIMARIA****Art 1 - Rapporto ottimale (Ex-Art. 33 ACN)**

1. Visto quanto previsto dall'art. 33 comma 9 dell'ACN vigente, in Regione Campania e valevole per tutto il territorio regionale, per ciascun ambito territoriale, può essere iscritto solamente un medico ogni 1300 abitanti residente o frazione di 1300 superiore a 650 detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
2. È demandato al Comitato art. 24 di determinare, entro il primo trimestre di ogni anno, l'eventuale risparmio di spesa derivante dall'applicazione del precedente comma.
3. La minore spesa derivante dalla applicazione del precedente comma in riferimento alla riduzione complessiva della voce riferibile al compenso di cui alla lettera A comma 8 art. 59 dell'ACN vigente, costituisce un fondo regionale per la evoluzione dei modelli associativi della medicina generale.
4. Tale fondo assicura la eventuale copertura economica derivante dall'aumento della copertura oraria e/o di integrazione sull'assistenza primaria da parte dei medici di medicina generale coinvolti sia per la quota fiduciaria che per quella oraria nell'ambito di integrazioni o sperimentazioni di forme associative, fatto salvo quanto previsto dalla norma finale 6 dell'ACN vigente. Il fondo è vincolato alla popolazione residente nel territorio aziendale. Le AA SS LL verificano annualmente la spesa relativa al compenso di cui alla lettera A comma 8 dell'art 59 dell'ACN vigente e la trasmettono al Comitato ex-art. 24.

**Art. 2 - Ambiti territoriali per la copertura di zone carenti (Ex-Art. 34 ACN)**

1. Ferma restando l'articolazione territoriale delle AA.SS.LL. in Distretti, quali centri di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda, i parametri per la definizione degli ambiti territoriali ai fini della copertura delle zone carenti sono i seguenti:
  - a. l'ambito territoriale coincide di regola con il territorio del Comune, avente una popolazione residente pari a 7.000 o più abitanti;
  - b. qualora il Comune abbia una popolazione residente inferiore a 7.000 abitanti, l'ambito territoriale è costituito da più Comuni limitrofi, comprendenti una popolazione complessiva di 7.000 o più abitanti; l'aggregazione dei Comuni deve avvenire comunque in ambito distrettuale;
  - c. qualora il territorio di un Comune sia suddiviso in più distretti, il calcolo del rapporto ottimale, ai fini dell'individuazione delle zone carenti, è riferito alla popolazione residente nel Comune.
2. Gli ambiti territoriali possono essere variati rispetto a quanto previsto alla pubblicazione del presente Accordo, previo parere vincolante del Comitato Aziendale, con apposito provvedimento deliberativo della A.S.L., accuratamente motivato in caso di difformità a quanto previsto al comma precedente del presente articolo, e inderogabilmente trasmessi, ove necessario, unitamente alla comunicazione per la pubblicazione di quelli carenti alla Regione per quanto di competenza.
3. Per i motivi previsti dall'art. 33 comma 5, le AA.SS.LL., sentito il parere obbligatorio e vincolante del Comitato Aziendale, possono individuare ambiti territoriali con popolazione inferiore a 7.000 unità, comunque mai inferiore a 5000.

4. In sede di pubblicazione delle zone carenti, l'A.S.L. individua per gli ambiti territoriali costituiti da più comuni la zona di ubicazione dello studio medico principale.

5. Nell'ambito territoriale, come da lettere a), b) e c) del presente capitolo, è consentita l'apertura di altri studi professionali, ai sensi dell'art. 35 comma 13 dell'ACN vigente. L'obbligo dell'apertura dello studio per cinque giorni settimanali è riferito cumulativamente ai due studi se siti nello stesso comune, se trattasi di comuni diversi l'obbligo dei cinque giorni settimanali si riferisce allo studio medico principale.

6. La scelta del medico di Assistenza Primaria ha luogo nell'ambito territoriale come su definito, fatto salvo il caso di cui all'art. 33 comma 14 dell'ACN vigente e fatto salva la situazione preesistente al presente Accordo e venutasi a determinare con l'applicazione del primo Accordo regionale, DGRC 8052 del 10.10.1997 e successive modificazioni intervenute con provvedimenti regionali.

### **Art. 3 - Fondo di ponderazione regionale (ex art. 46 – ACN)**

1. Viene istituito il Fondo a riparto per la Qualità dell'Assistenza, sancito dall'articolo 46 introdotto nell'ACN del 2005 e non definito precedentemente per il mancato rinnovo dell'AIR.

2. La composizione del fondo è definita dall'articolo 59, lettera B dell'ACN che stabilisce un volume economico minimo pari a 4,99 € per assistito e per anno, di cui 2,99 € derivano dal comma 1 lettera B art 59 e 2,00 € derivano dal comma 3 lettera B art 59.

Tale fondo è integrato dai finanziamenti previsti dagli accordi regionali precedenti al 2005 in merito alle voci di cui alla quota variabile B dell'Art. 59, ovvero quanto previsto dall'AIR di cui alla DGRC 2128/2003.

3. Il fondo di cui al comma precedente diventa il volume economico di riferimento della spesa regionale legata alle attività di cui all'Art. 59 Lettera B comma 1 sub lettere a, b, c, d dell'ACN vigente, ripartito per le singole AASSLL, in riferimento alla popolazione residente ed alle attuali percentuali previste per le forme associative.

La composizione del Fondo Art. 46 ACN risulta così costituita:

- Fondo minimo Art. 59 lettera B commi 1 e 3
- Maggiorazioni % AIR Art. 59 B comma 2
- Maggiorazioni Indennità AIR Art. 59 B comma 2

4. La valorizzazione delle maggiorazioni del fondo derivanti dal precedente AIR, di cui ai comma precedenti, rapportato alla attuale popolazione residente, risulta pari a 2,31€/assistito sulla base:

- a) di un valore medio delle applicazioni percentuali;
- b) per l'aumento delle indennità per le forme associative previste degli AIR antecedenti il 2005, parametrati sulla popolazione riferita alla vigenza di tali accordi.

Tale quota si aggiunge alla quota di 4,99 €/assistito, derivante dal fondo non riducibile di cui alle percentuali e finanziamento stabilite per ACN.

5. A partire dal 2013, su base aziendale, il fondo complessivo di spesa non superabile per le attività di cui all'Art. 59 Lettera B comma 1 sub lettere a, b, c, d dell'ACN vigente, è pari a 7,3 €/assistito.

6. Il fondo aziendale, di cui al comma precedente, non può essere superato.

Il riparto sarà definito in comitato aziendale ex art. 23 dell'ACN sulla base della variabilità di spesa legata alle percentuali raggiunte, alla variabilità di popolazione aziendale assistita in regime associativo e alla numerosità dei medici coinvolti, nel rispetto di quanto previsto dall'art.-10 lettera A commi 4 e 7 .

7. L'eventuale accesso alla retribuzione delle indennità di cui al presente fondo per nuovi medici è condizionata alla necessità della successiva evoluzione dell'utilizzo del fondo stesso per lo sviluppo delle nuove forme organizzative della Medicina Generale; pertanto rimane necessario, a garanzia del contenimento della spesa e del non superamento del fondo, il rispetto dei limiti delle percentuali/indennità previste da AIR/ACN per le attività di cui all'Art. 59 Lettera B comma 1 sublettere a, b, c, d dell'ACN e ad oggi realizzate.

8. Il fondo aziendale nella eventuale quota parte non utilizzata deve, sulla base di specifici accordi aziendali, essere impegnato per la sperimentazione di progetti aziendali finalizzati alla evoluzione delle forme associative della Medicina generale previo parere del Comitato ex art. 24.

#### **Art. 4 - Massimale di scelte e sue limitazioni (Ex art. 39 ACN)**

1. Il medico di Assistenza primaria che detenga un incarico orario di Continuità assistenziale, in deroga a quanto previsto dal comma 5 e con le modalità di cui al comma 6 dell'art. 65 dell'ACN vigente, cessa dall'incarico al raggiungimento di un limite di scelte superiore a 850 assistiti. Tale deroga, allo scopo di favorire i processi di integrazione nell'area funzionale territoriale della medicina generale tra la quota fiduciaria e la quota oraria, in vista del ruolo unico, è applicabile esclusivamente per i medici di Assistenza Primaria appartenenti a forme associative di cui all'art 54 come disciplinate dall'ACN o AIR vigenti.

2. In considerazione dell'attuale raggiungimento regionale delle percentuali massime previste da AIR per le forme associative di medicina di rete o di gruppo sui livelli regionale/aziendali e nella volontà di favorire l'evoluzione delle forme associative verso modelli di lavoro in team della medicina generale, coinvolgenti i medici a quota fiduciaria e quelli a quota oraria, al medico di cui al comma 1 del presente articolo è permesso di richiedere la partecipazione volontaria per la medicina di rete o di gruppo, accettandone il disciplinare previsto dall'ACN e/o AIR vigente, con la rinuncia ed in assenza dell'attribuzione della indennità prevista di cui alla lettera B comma 4, ottenendo il diritto alla deroga prevista dal precedente comma. Tale condizione di non attribuzione della indennità cessa, sulla base di una graduatoria aziendale riferibile alla datazione della richiesta di accesso alla forma associativa nel caso di successiva capienza della percentuale regionale/aziendale, così come previsto dall'art 10 comma 8, o alla eventuale evoluzione dei modelli associativi della medicina generale sulla base di successivi ACN o AIR.

#### **Art. 5 - Scelta del medico (Ex-Art. 40 ACN)**

1. Il cittadino, recandosi all'Ufficio Distrettuale preposto, potrà consultare l'elenco dei medici dell'ambito territoriale; per ciascun medico dovrà essere disponibile una Scheda Informativa come da Allegato al presente articolo.

2. Per i cittadini a cui è stata sospesa l'assistenza in quanto detenuti, la re-iscrizione decorre dal giorno successivo alla re-immissione in libertà. .

3 La presente scheda viene compilata all'atto del convenzionamento del medico ed in caso di ogni modifica dello status.

**SCHEDA INFORMATIVA SULLO STATUS DEL MEDICO**

Gli strumenti per la gestione della scheda sanitaria individuale e la trasmissione delle prescrizioni sono definite nell'ambito dell'ACN vigente

DR..... Nato a .....  
il .....

STUDIO ..... principale

Eventuali studi accessori

1:.....

2:.....

3:.....

**ORARIO STUDIO:**

Lunedì.....

Martedì.....

Mercoledì .....

Giovedì .....

Venerdì .....

Sabato.....

TELEFONO:.....

CELLULARE.....

RICEVE PER APPUNTAMENTO	SI	NO
PRESENZA DI SEGRETARIA	SI	NO
PRESENZA DI INFERMIERE	SI	NO

PRESENZA DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO      SI                      NO

Presenza di Studio dedicato per la

Gestione Integrata del Paziente Diabetico                      SI                      NO

ADERISCE A:

1	Medicina in associazione	SI	NO
2	Medicina in rete	SI	NO
3	Medicina di gruppo	SI	NO

IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI PROFESSIONALI:

Specialista in

.....  
.....

Lì, .....

Timbro e Firma

.....

L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato. La visita domiciliare deve essere eseguita, di norma, nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 10, dopo tale orario dovrà essere effettuata entro le ore 12 del giorno successivo. La chiamata urgente deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale ma deve effettuare le visite domiciliari richieste entro le ore 10 dello stesso giorno, nonché quelle richieste, ma non effettuate nel giorno precedente. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni del sabato, salvo l'obbligo di effettuare l'attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la effettuano ordinariamente al mattino.

#### **Art 6 - Il ruolo del MMG di Assistenza Primaria**

Come espressamente indicato nel piano sanitario regionale e ripreso nei programmi operativi, un ruolo centrale nello sviluppo della medicina territoriale ha la riorganizzazione delle cure primarie delle quali va accelerato il processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.



Il MMG deve realmente integrarsi nella rete dei servizi che connotano l'offerta sanitaria e partecipare al governo della domanda, non solo attraverso il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva, ma soprattutto divenendo attore e promotore di efficaci interventi di prevenzione e fornitore di cure primarie ad ampio raggio, anche in maniera integrata con altre professionalità sanitarie e sociali.

D'altronde lo stesso ACN prevede che il Comitato Regionale (art 24) oltre alla definizione degli accordi regionali, è preposto a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale, a collaborare per la costituzione di Tavoli Tecnici e/o Gruppi di Lavoro per la verifica degli standard erogativi, alla individuazione degli indicatori di qualità, e demanda agli accordi regionali l'attribuzione di eventuale ulteriori incarichi cui aderiscono i Comitati Aziendali (art. 23).

Sempre l'ACN prevede un ruolo attivo del MMG nella programmazione e monitoraggio delle attività (art 25) e prevede che il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la medicina generale, da un medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali (referente distrettuale) sulla base delle disposizioni regionali in materia e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto.

In questo quadro lo sviluppo e la programmazione regionale delle attività territoriali richiede il coinvolgimento attivo dei MMG. La condivisione nella fase di predisposizione e definizione dei provvedimenti regionali porterebbe a superare preventivamente eventuali criticità applicative a livello territoriale e nel contempo, con una responsabilizzazione diretta dei mmg, ad assicurare una corretta applicazione della norma definendone anche modalità di monitoraggio e verifica, ai fini della appropriatezza applicativa.

### **Art 7 - Governo Clinico ed Appropriatezza**

#### **Sviluppo del Sistema informativo regionale, Progetto "Governo Clinico"**

1. La Regione Campania con la riorganizzazione ed il potenziamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale vuole dare un assetto sistematico ed omogeneo alle frammentarie iniziative di informatizzazione attualmente esistenti, ponendosi innanzitutto l'obiettivo

- a. di un suo impegno, sia diretto che attraverso le ASL o degli stessi operatori, nella costruzione di una *rete hardware* al fine di rendere compatibili tutti i *software* attualmente in uso nella MG;
- b. della messa a sistema del Progetto Informativo Regionale on line, del Fascicolo Sanitario Elettronico, delle attività connesse al progetto Tessera Sanitaria, l'integrazione dei Sistemi Informativi Aziendali/Regionali già esistenti;
- c. di una maggiore automatizzazione e qualità dei flussi che la Regione Campania conferisce al sistema NSIS del Ministero della Salute, dando al contempo anche una risposta alle priorità espresse nei piani regionali e nei programmi operativi.

2. Con la riorganizzazione ed il potenziamento del Sistema Informativo Sanitario la Regione ha l'obiettivo di favorire una più completa presa in carico del cittadino promuovendo e tutelando al più alto livello possibile il suo stato di salute attraverso:

- a. la realizzazione di un sistema di continuità delle cure efficiente ed integrato con tutti i livelli assistenziali (cure primarie, specialistiche, integrazione socio-sanitaria)
- b. il miglioramento del livello organizzativo delle cure primarie e del suo livello di

accessibilità

- c. lo sviluppo di un concetto di appropriatezza inteso come processo dinamico e non come singole azioni, anche attraverso l'individuazione di luoghi dove attivare il confronto tra le varie professionalità operanti in ambito sanitario.

In tale contesto sono obiettivi specifici del sistema integrato delle cure primarie:

- a. presa in carico degli assistiti, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologie croniche ed oncologici, e l'adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti da PDTA condivisi, di cui è compito degli organismi previsti all'art. 8 del presente accordo integrativo, selezionarne ed individuarne la tipologia e le priorità da perseguire;
- b. definizione e monitoraggio di indicatori di qualità assistenziale anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;
- c. misurazione dell'impatto di cui al punto a) sui consumi complessivi e specifici;
- d. valutazione ed analisi di natura epidemiologica;
- e. valutazione ed analisi di farmacovigilanza.

3. Un ruolo essenziale per lo Sviluppo del Sistema informativo sanitario Regionale (SIR) è individuato nel MMG, la cui adesione al predetto SIR, rappresenta condizione essenziale ed imprescindibile per l'avvio dei processi di governo clinico/appropriatezza delle cure, pertanto :

- a. Il Medico aderisce obbligatoriamente al SIR;
- b. Il Sistema Informativo Regionale, quale esclusivo strumento di dinamiche gestionali del Governo Clinico, viene alimentato, da tutti i campi della ricetta elettronica e dalle indicazioni del codice di diagnosi "ICD", e necessariamente determina un flusso informativo bidirezionale tra gli attori del SSR, in un processo di *datawarehousing* che consenta l'elaborazione di informazioni anagrafico-epidemiologiche, per poter offrire un'analisi delle patologie prevalenti unitamente ad una stima delle performance clinico assistenziali all'interno di dinamiche gestionali di Governo Clinico finalizzate all'appropriatezza prescrittiva.
- c. Le strategie assistenziali e la conseguente allocazione delle risorse sono direttamente correlate alle caratteristiche del suddetto flusso informativo. Gli obiettivi dei percorsi correlati all'appropriatezza vengono individuati dagli organismi secondo le modalità e le indicazioni di cui all'art 8 del presente accordo integrativo regionale.

4. Con l'avvio dei percorsi di appropriatezza, quanto previsto dall'ex Art. 45, comma 3 del precedente AIR 2003, nel rispetto dell'attuale tetto di spesa, nonché quanto previsto dall'art. 59 lettera B, comma 15 del vigente ACN, viene convertito in un fondo per il loro perseguimento.

5. Il MMG ha l'obbligo di aderire ai percorsi di appropriatezza individuati dal Comitato per l'Appropriatezza.

6. Al MMG viene erogata:

- a. per l'adesione formale al progetto ed all'invio al Sistema Informativo Regionale, la quota di cui all'art 59 lettera B comma 15 ;
- b. per l'implementazione nella pratica clinica dei PDTA, la quota di cui all'ex art 45 comma 3 dell'AIR 2003;

Il Comitato di cui all'art. 8, comma 1, lettera a) individua i percorsi diagnostico-terapeutici e le procedure per la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

I singoli percorsi individuati dal Comitato di cui all'art. 8 comma 1 lettera a) ed il relativo finanziamento, possono essere ridefiniti alla luce di modificate esigenze regionali/nazionali.

Il fondo rappresenta, quindi, uno strumento flessibile per il perseguimento dei percorsi di appropriatezza e potrà essere alimentato secondo modalità definite dal Comitato regionale per l'Appropriatezza.

7. Nelle more della condivisione ed approvazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle modalità operative continuano a corrispondersi gli attuali compensi relativi agli istituti in essere (art 59, lettera B, comma 15 dell'ACN; ex art 45, comma 3 dell'AIR 2003);

8. E' demandata al Comitato ex art.24 la ridefinizione degli attuali flussi informativi di cui all'ex art.45 co.3, Capo II del precedente AIR da adottare uniformemente in tutte le AA.SS.LL. della Regione.

9. Per tutti quanti gli oneri tecnici ed economici derivanti dall'applicazione del presente articolo nonché quelli previsti dall'art. 13 bis, comma 5 ed ai processi di dematerializzazione di cui al DM 2 novembre 2011 secondo le modalità concordate tra Ministero dell'Economia e Regione, al MMG viene riconosciuta una indennità pari a 73,72 euro al mese.

10. Le parti firmatarie del presente accordo, concordano che il disposto di cui al comma 9 del presente articolo, va applicata ai MMG dalla data di adesione all'invio dei flussi informativi

#### **Art. 8 – Governo Clinico ed Appropriatezza: Organismi e Funzionamento**

1. In Campania il sistema dell'Appropriatezza e del suo monitoraggio ai fini del governo clinico nell'area delle Cure Primarie e con particolare riferimento alle attività della medicina generale, è organizzato in una rete funzionale composta da:

- a) Comitato regionale per l'Appropriatezza e il Monitoraggio delle Attività;
- b) Unità di Valutazione per la verifica del perseguimento degli obiettivi di appropriatezza;
- c) Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) ex art 25 ACN vigente.

2. Il Comitato regionale ex art. 24 dell'ACN vigente, integrato da un rappresentante della medicina generale individuato dalle OO.SS. firmatarie del presente accordo, quale referente regionale per l'Appropriatezza dei MMG, e da un componente di parte regionale, viene definito "Comitato Regionale per l'Appropriatezza e il Monitoraggio delle Attività".

3. Il Comitato di cui al comma precedente assolve ai seguenti compiti:

- a. Individuazione di linee guida/PDT (con priorità alle patologie croniche di maggior rilievo clinico ed a maggior impatto socio-economico) per assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Regione per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza;
- b. Individuazione di linee guida di priorità e modalità attuative in merito ad iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute, e di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione;
- c. Individuazione degli strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza;

- d. Proposte progettuali di formazione di corsi sull'appropriatezza.
- e. Attivazione di Commissioni paritetiche ai sensi dell'art. 49 comma 7 dell'ACN di confronto MMG/Medici Specialisti con le Aziende Ospedaliere ed Universitarie volte ad elaborare, criteri-orientativi, linee-guida, per la diffusione di un modello di appropriatezza da perseguire per tutte le professionalità mediche coinvolte nei percorsi di cura e di induzione delle prestazioni verso i MMG, al fine di incidere significativamente nella riduzione dei tassi di inappropriatazza motivo di un eccessivo consumo di risorse.
- f. Individuazione di ulteriori modalità di finanziamento del fondo per il perseguimento dell'appropriatezza in applicazione del comma 3, lettera b dell'art. 25 dell'ACN vigente.

Nell'espletamento dei suddetti compiti il Comitato regionale potrà avvalersi del supporto tecnico scientifico di professionalità specifiche.

4. Il Comitato aziendale, presieduto dal presidente del Comitato ex art 23 o da un delegato di Azienda, integrato dalla presenza di 1 membro di parte aziendale e 1 medico di medicina generale, quale referente Aziendale per l'Appropriatezza, individuato dalle OO.SS. firmatarie del presente accordo, viene definito Unità di Valutazione per la verifica del perseguimento degli obiettivi di appropriatezza (U.V.O.A).

5. L'Organismo aziendale di cui al comma precedente ha il compito di:

- a. coordinare e monitorare le attività svolte dagli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali sulla base delle indicazioni trasmesse dal Comitato Regionale e/o dal Comitato per l'Appropriatezza e il Monitoraggio delle Attività;
- b. promuovere i modelli di formazione dei medici utili al miglioramento delle performance sulla base degli obiettivi definiti a livello regionale;
- c. attivare Commissioni paritetiche di confronto MMG/Medici Specialisti con le strutture ospedaliere aziendali e quelle accreditate operanti sul territorio dell'Azienda;
- d. esprimere parere vincolante sanzionatorio, sulla base delle indicazioni trasmesse dal Direttore del Distretto in seguito all'istruttoria effettuata dall'UCAD, ai Mmg che, avendo aderito ai percorsi di appropriatezza, non hanno raggiunto l'obiettivo assegnato. Tali verifiche devono essere effettuate secondo le indicazioni trasmesse dal Comitato art. 8 comma 1 lettera a). Qualora non venissero rispettati i tempi di verifica previsti, le quote spettanti ai medici che hanno aderito al progetto verranno comunque corrisposte salvo verifiche successive;
- e. riunirsi periodicamente trasmettendo al Comitato regionale per l'Appropriatezza le analisi del monitoraggio al fine di consentire la programmazione di nuovi obiettivi regionali ed aziendali.

6. Il terminale territoriale della rete per l'appropriatezza e il monitoraggio delle Attività viene individuato nell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), dove saranno coordinate e monitorate le attività svolte dai MMG che hanno aderito ai percorsi di appropriatezza.

L'UCAD ha il compito di:

- a. acquisire le indicazioni dei Comitati per l'Appropriatezza Regionale ed Aziendale;
- b. Coordinare e monitorare le attività svolte dai mmg che hanno aderito ai percorsi di appropriatezza.
- c. Periodicamente trasmettere all'UVOA, per il tramite del Direttore del Distretto, le analisi di suddetto monitoraggio in funzione degli obiettivi prefissati.

Il MMG presente quale membro di diritto, a nomina sindacale, nell'UCAD viene individuato quale referente distrettuale per l'appropriatezza.

## **ART 9 - Disease Management del Diabete Mellito**

### **Il Diabete in Campania**

A fronte di una prevalenza nazionale di 4,9%, la Campania si attesta su una prevalenza del 6%, raggiungendo percentuali superiori al 12 % con l'aumentare dell'età.

Il sesso maschile ha una prevalenza maggiore del sesso femminile ma dopo i 75 anni tale rapporto si inverte.

Il Tasso di mortalità è di 57,8 per 100,000 per il sesso maschile, dove i Campani sono secondi solo ai Siciliani, mentre il tasso di mortalità femminile è il più alto d'Italia con il 51,2 per 100.000.

La propensione all'uso dell'ospedale si sta riducendo negli ultimi 10 anni, nel 2011 sono stati effettuati circa 8.000 ricoveri per patologia diabetica, ma purtroppo c'è ancora molta inappropriata sia nel ricorso al ricovero ordinario, che nell'uso del DH. Tra le complicanze del diabete, quelle che causano maggiori ricoveri sono le complicanze circolatorie periferiche, dato confermato dall'alto numero di amputazioni (circa 600/anno) nelle persone con diabete.

La prevalenza elevata del diabete, tra gli adulti campani, conferma la correlazione con le **diseguaglianze sociali**: infatti aumenta al crescere dell'età, delle difficoltà economiche e con il basso livello d'istruzione.

**L'eccesso di peso e la sedentarietà**, condizioni che caratterizzano lo stato di salute di tutta la popolazione campana, sono ancor più diffusi nella popolazione diabetica tale da rendere prioritari interventi atti alla modifica degli stili di vita

**L'attuazione della Legge Regionale 9/2009** potrà sicuramente migliorare questo preoccupante quadro epidemiologico.

I dati epidemiologici della Regione Campania, soprattutto riguardo gli esiti delle complicanze del diabete, e l'alto consumo di risorse per tale patologia, pongono l'attenzione sulla necessità di un approccio ad una patologia cronica ad alta prevalenza come il Diabete, basato sulla integrazione tra i vari livelli di cura, potenziando la presa in carico territoriale attraverso definiti percorsi assistenziali, ed implementando i livelli più complessi attraverso l'integrazione con gli ospedali, evitando le migrazioni sanitarie ed i ritardi diagnostico terapeutici dovuti a tempi di attesa.

Al fine di concepire l'assistenza al diabete in una logica di Percorso Assistenziale all'interno di una più ampia cornice comprendente lo sviluppo e l'attuazione del Chronic Care Model, è necessario diffondere la "cultura" della presa in carico, della continuità assistenziale e dell'integrazione tra i vari operatori attraverso l'impiego di sistemi integrati di informatizzazione che consentano la razionalizzazione delle procedure ed il monitoraggio dell'adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici.

### **Premessa**

Ai fini di una corretta ed ottimale gestione della patologia diabetica, la costruzione di percorsi diagnostico terapeutici, nella logica del "Disease Management", rappresenta una modalità integrata di gestione del paziente, che mira al raggiungimento di un'assistenza mutuata scientificamente dalle linee guida, e che indirizzi la capacità di offerta di servizi verso prestazioni appropriate e qualitativamente soddisfacenti, aventi come obiettivo finale la riduzione della mortalità e del manifestarsi delle complicanze del diabete.

La Gestione Integrata della patologia diabetica, di cui al presente accordo, realizza quanto individuato nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012, ed è in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale Diabete. Tale modello assistenziale viene individuato come l'unica modalità assistenziale perseguita in Regione Campania relativamente alla patologia diabetica.

Il corretto approccio alla malattia diabetica comprende, la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, una scrupolosa terapia (che includa l'educazione e la responsabilizzazione del diabetico), la prevenzione e la diagnosi precoce delle complicanze acute e croniche.

Per il raggiungimento di tali obiettivi ha un ruolo importante e prioritario (come espressamente dichiarato nella legge 115/87 ed il successivo Atto d'Intesa Stato Regioni, e nelle Leggi n° 502-517 di riordino del SSN), la collaborazione e l'interazione tra MMG, le Strutture Territoriali di Diabetologia (STD) e la struttura di ricovero ospedaliero.

L'assistenza integrata al paziente diabetico prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali e, per questo motivo, è strategico il lavoro interdisciplinare in team.

Il vantaggio di un approccio integrato si esprime a livello organizzativo attraverso l'espletarsi di un percorso di cure appropriato, che non scomponga le varie parti del processo assistenziale, ma che assicuri continuità e

tempestività, organizzando le risposte assistenziali alla luce della capacità di offerta e l'ottimizzazione delle risorse possedute.

La complessità della malattia diabetica non consente la elaborazione di un singolo percorso diagnostico-terapeutico, bensì rende necessaria la distinzione dei pazienti affetti da tale patologia in categorie distinte alle quali si applicano distinti percorsi diagnostici e terapeutici con corrispondenti tipologie di prestazioni erogate, in base ai differenti stadi di gravità della patologia.

La Medicina di Assistenza Primaria, per le sue caratteristiche peculiari, quali l'assistenza di primo contatto, il suo carattere continuativo, l'approccio globale al paziente, la funzione di coordinamento per le attività di cura e prevenzione è particolarmente adatta a svolgere una adeguata gestione di una patologia cronico-degenerativa, quale il diabete mellito.

La collaborazione con le Strutture Territoriali di Diabetologia deve essere continua, in quanto il Medico di MG stesso è parte del team diabetologico, richiede consulenze per le visite domiciliari, partecipa all'organizzazione di progetti di educazione sanitaria ed integra le sue attività con le attività della struttura territoriale diabetologica, anche attraverso la metodologia delle terapie educative di gruppo (group care) funzionali alla modifica degli stili di vita errati.

Devono essere previste nell'ambito di tutti i componenti del team riunioni periodiche a carattere di audit per la discussione e risoluzione di eventuali problematiche emergenti nel corso dell'assistenza e la discussione e confronto su particolari casi clinici.

Le AASSLL hanno il compito di promuovere l'integrazione tra i Medici di MG, i servizi diabetologici territoriali e la struttura specialistica ospedaliera, al fine di attuare e migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici, tenendo conto delle problematiche specifiche e delle risorse del territorio.

## **Obiettivi**

1. Applicare un modello di Gestione Integrata al diabetico che coinvolga in modo coordinato e motivato, i MMG ed i Servizi di Diabetologia territoriali ed ospedalieri.
2. Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni attraverso un più facile e semplice accesso alle STD ed allo studio del MMG
3. Definire attività, compiti e competenze dei MMG riguardo l'assistenza alla persona con diabete
4. Applicare le più recenti linee-guida nella cura della persona affetta da diabete
5. Misurare e monitorare gli indicatori di processo e di esito per valutare l'efficienza e l'efficacia delle cure.
6. Ridurre i ricoveri inappropriati per la patologia diabetica
7. Attuare strategie educative per la modifica degli stili di vita

**I compiti del Medico di MG nell'ambito del percorso clinico assistenziale del paziente diabetico possono essere così definiti:**

### **1. Effettuare lo screening della popolazione a rischio per individuare:**

- casi di diabete non diagnosticati
- casi di diabete gestazionale
- casi con ridotta tolleranza glicidica (IGT) ed Alterata Glicemia a Digiuno (IFG)

### **2. Operare, in collaborazione con la STD, per:**

- a. effettuare l'educazione sanitaria e il counselling dei soggetti a rischio e della persona con diabete al fine di correggere gli stili di vita errati, sia per i comportamenti alimentari, l'esercizio fisico e la disassuefazione al fumo di sigaretta, sia attraverso sedute di educazione terapeutica strutturata singole, che di gruppo anche in collaborazione con le STD, al fine di condividere e scambiare professionalità ed esperienze.
- b. monitorare la terapia farmacologica dei diabetici di tipo 2;
- c. sorvegliare su effetti collaterali ed interferenze della terapia ipoglicemizzante;
- d. programmare l'inquadramento dei diabetici neodiagnosticati e gestire il follow-up del paziente diabetico di tipo 2 senza complicanze e con complicanze stabilizzate, per il buon controllo

metabolico e per la diagnosi precoce delle complicanze, nonché la possibilità di arrestare l'evoluzione delle complicanze già diagnosticate.

- 3. Organizzare il proprio studio** per una gestione ottimale dei pazienti diabetici attraverso l'organizzazione di un **ambulatorio dedicato con accessi programmati**, anche al fine di organizzare le attività educative-formative ed offrire al paziente un'ambiente accogliente dove confrontarsi con altre persone affette dalla stessa patologia
- 4. Praticare una medicina di iniziativa** attraverso il richiamo proattivo dei pazienti assistiti in GI, al fine di evitare la perdita del paziente dal percorso assistenziale
- 5. Raccogliere i dati clinici dei propri assistiti con diabete mediante cartelle cliniche informatizzate del proprio gestionale finalizzate alla malattia diabetica, nel rispetto della recente normativa sulla privacy regolata nel "Codice in materia di protezione dei dati personali"- D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, in vigore dal 1 gennaio 2004, anche al fine di realizzare la cooperazione informatizzata con le STD.**
- 6. Registrare i dati sul libretto del paziente diabetico** (allegatoA della DGR n. 1168 del 16 set.2005) anche in via informatizzata attraverso la stampa dei dati estratti dalla cartella presente nei propri gestionali, al fine di informare la persona con diabete sull'andamento della propria condizione clinica (empowerment)
- 7. Effettuare il Rinnovo del Piano terapeutico Informatizzato per i presidi del diabete**
- 8. Intraprendere attività di ricerca e formazione continua sulla patologia diabetica in Medicina Generale** in collaborazione con le strutture diabetologiche territoriali, ospedaliere ed universitarie.

**PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 2 PRIVO DI COMPLICANZE D'ORGANO**  
**DGRC 1168/2005 RECEPITE DALLA LEGGE 9/2009**

Ogni paziente diabetico di tipo 2 è seguito in modo integrato tra MMG e Struttura Territoriale Diabetologica, sottoponendosi a visita specialistica: al momento della diagnosi e per la rivalutazione annuale del compenso e delle complicanze.

La responsabilità della continuità delle cure, della terapia e del follow-up di questa tipologia di pazienti spetta al MMG, che concorda il piano di assistenza con lo specialista diabetologo. Entrambi si impegnano a mantenere attiva una costante comunicazione su qualsiasi evento relativo al paziente.

Nei compiti del MMG rientra la valutazione da riportare nel report trimestrale (**Allegato B**)

**A) ogni 3 mesi nell'ambito del proprio ambulatorio dedicato:**

- **visita medica** comprendente misurazione dei parametri di routine quali
- **peso corporeo,**
- **pressione arteriosa,**
- **BMI e misurazione circonferenza vita**
- **valutazione dell'autocontrollo glicemico eseguito dal paziente**

**B) ogni 6 mesi per paziente con complicanze stabilizzate invio alla STD come da protocollo della DGRC 1168/2005**

- **Attività prevista al punto A**
- **Visita medica generale orientata alla patologia diabetica (ivi compreso esame mirato a scoprire alterazioni a carico dei piedi)**
- **Profilo lipidico (Colesterolo totale - HDL – LDL calcolato – Trigliceridi)**
- **esame urine completo**

- **HBA1C**
- **esame del piede**

**C) ogni anno invio alla Struttura Territoriale Diabetologica per consentire lo Screening e Follow up delle complicanze**

**La gestione integrata prevede il controllo presso la struttura specialistica nei seguenti casi come da DGRC 1168/2005:**

**A) con urgenza:**

- scompenso metabolico acuto
- ripetuti episodi d'ipoglicemia
- gravidanza in donna diabetica e diabete in gravidanza
- comparsa d'ulcera del piede o di lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori

**B) programmabile (oltre quella all'esordio e quella annuale di screening):**

- Ripetute glicemie a digiuno superiori a 180 mg/dl
- Emoglobina glicata > 7,5% in due determinazioni consecutive
- Comparsa di segni clinici riferibili a complicanze.

L'invio alla STD di secondo livello avviene attraverso prescrizione della visita diabetologia, e prescrizione delle prestazioni ambulatoriali previste nel protocollo operativo della DGR 642/2009.

Al fine di ridurre il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero, specialmente in day Hospital, deve essere promosso il modello assistenziale del Day Service, attraverso la prescrizione del Pacchetto Ambulatoriale Complesso e Coordinato (PACC 250) come da DGRC 102/2009

### **Modalità di effettuazione della Gestione Integrata del Diabete**

E' fatto obbligo a tutte le AASSLL della Regione Campania attuare il Modello assistenziale della GI attivando nei tempi e nelle modalità previste tutte le azioni ad esso connesse.

Il MMG dovrà individuare tra i suoi assistiti i pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 senza complicanze o con complicanze stabilizzate, escludendo dal percorso di GI solo i pazienti con diabete tipo 1, Diabete Gestazionale, Diabete in Gravidanza, Diabete in età giovanile (sotto i 18 anni) ed i pazienti con diabete secondario.

Dopo trenta giorni dalla pubblicazione del presente accordo, il MMG invierà al proprio Distretto Sanitario (indipendentemente dall'ASL di residenza del paziente) l'elenco nominativo in formato elettronico dei pazienti reclutati alla G.I., che hanno espresso il consenso informato per la GI (**Allegato A**). Tali pazienti saranno conteggiati, per la retribuzione, a partire dal mese successivo dalla data dell'arruolamento.

L'aggiornamento degli elenchi va effettuato alla fine di ogni mese, attraverso la posta certificata o in modalità sostitutiva, fino ad adeguamento dell'Azienda sanitaria, attraverso la consegna su supporto elettronico protocollato al Distretto di appartenenza.. L'eventuale conguaglio delle quote di pagamento per i pazienti arruolati avverrà ogni anno.

Per tale attività è corrisposto un compenso pari a **euro 50/paziente** dopo la presentazione dell'elenco nominale degli assistiti diabetici suddiviso in dodicesimi.

Per ogni paziente reclutato nella GI dovrà essere estratto un report individuale contenente i dati riassunti nell'**Allegato B** in formato elettronico, che attesta la partecipazione del MMG alla GI del paziente diabetico pur non essendo un momento valutativo delle performance.

infatti, tali report individuali, in formato elettronico, verranno inviati **trimestralmente** all'Agenzia Regionale Sanitaria, come previsto dal Piano sanitario regionale vigente, nelle more della costituzione del Portale Regionale per la condivisione informatizzata con gli altri livelli assistenziali e per le valutazioni epidemiologiche e programmatiche.

Alla scadenza di ogni anno il MMG invierà al Distretto ed soli fini informativi all'Arsan, in formato elettronico, tramite CD o posta elettronica certificata, **il modulo C di autocertificazione** della valutazione degli indicatori di processo e di esito **dell'allegato D**, attestanti il livello di appropriatezza delle performance raggiunte (LAP), determinanti per la liquidazione del compenso conclusivo ottenuto in funzione dei livelli raggiunti come da scheda di seguito riportata:



Punteggio LAP	Compenso per paziente
Da 300 a 599	<b>30 euro</b>
Da 600 a 799	<b>40 euro</b>
Da 800 a 1000	<b>50 euro</b>

Tali compensi dovranno essere liquidati dopo verifica delle autocertificazioni da parte del Comitato art 23, entro 60 giorni dalla data di consegna.

Tale quota copre i maggiori costi organizzativi sostenuti dal MMG per l'ambulatorio dedicato e per il supporto informatico indispensabile per la rilevazione, trasmissione e condivisione dei dati epidemiologici e per la misurazione degli indicatori di processo e di esito relativi al percorso clinico-assistenziale del paziente diabetico come da allegato D.

L'Azienda provvederà all'applicazione di misure tali da garantire la privacy delle informazioni trasmesse ed alla verifica della trasmissione.

Per il monitoraggio delle attività e la valutazione degli indicatori verrà istituito un apposito gruppo di lavoro regionale, costituito dal Comitato 24 ed integrato dagli esperti dell'ARSAN che hanno partecipato alla stesura del presente accordo, quali componenti di parte pubblica, per consentire l'audit del processo di GI e la valutazione dei risultati della applicazione del modello assistenziale della gestione integrata del diabete secondo indicatori di processo e di esito.

Dalla entrata in vigore del presente accordo **decadono** tutti gli accordi aziendali in essere relativi alla gestione del paziente diabetico ed i relativi effetti economici.

Gli emolumenti maturati da precedenti accordi aziendali e le attività ad essi connesse terminano entro la fine del semestre in corso. Le AASSLL dove erano in vigore precedenti accordi sulla patologia diabetica, completando il semestre già iniziato, sono tenute ad attuare il modello assistenziale di cui al presente accordo nel semestre successivo, con le stesse modalità delle altre ASL.

### **Appropriatezza del Piano Terapeutico Informatizzato per i presidi per il Diabete.**

Premesso che il PT rappresenta lo strumento attraverso il quale si definisce il fabbisogno annuale dei presidi per il monitoraggio e la cura del diabete mellito, che il PT, viene attualmente redatto dallo specialista diabetologo ai fini delle erogazioni suddette, che tale PT è correlato alle condizioni cliniche del paziente stesso; laddove le condizioni dello stesso risultino stabili, tale piano verrà redatto direttamente dal MMG, che si atterrà per la prescrizione dei presidi alle indicazioni delle recenti linee guida scientifiche nazionali in materia. Tale modalità, eviterà il ricorso a visite specialistiche richieste ai soli fini prescrittivi, che rappresentano un mero atto burocratico senza finalità terapeutiche, che pertanto risulterebbero inappropriate, determinando un inutile allungamento delle liste di attesa, creando svantaggio per i pazienti che necessitano dei controlli specialistici idonei. Inoltre, in tale procedura, verrà assicurata al paziente la corretta continuità assistenziale.

In caso di modifica delle condizioni cliniche del paziente, tali da richiedere una modifica del fabbisogno dei presidi, sarà cura dello stesso MMG, inviare il paziente allo specialista diabetologo per il rilascio del nuovo piano. Allo stabilizzarsi delle condizioni cliniche del paziente il PT ritornerà ad essere rinnovato dal MMG.

La procedura del rinnovo del PT è da ritenersi parte integrante del percorso assistenziale di GI del paziente con diabete, deve essere formulato su formato elettronico ed inviato sul Portale Regionale, come da procedura attualmente in vigore.

### **Art 10 - Forme organizzative dell'Assistenza Primaria**

Con l'evoluzione normativa determinata dall'entrata in vigore della Legge n. 189 del 10/11/2012 ai fini della individuazione dei compiti e delle funzioni delle AFT si rende necessaria l'acquisizione dell'ACN così come previsto dall'art. 1, comma 6 della summenzionata legge.

Le funzioni di cui all'art. 26 bis, comma 6 sono obiettivi da perseguire attraverso l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali ex art. 25.

**FORME ASSOCIATIVE MEDICINA GENERALE****A. (EX ART 54 ACN / Ex-Art.40 Comma 3 Lettera a) air 2003)**

1. Le forme associative di cui al comma 3 Lettera a) dell'ex art 54 dell'ACN vigente, si ispirano ai criteri generali previsti al comma 4 e sono dichiarate in un accordo stipulato e sottoscritto da tutti i medici partecipanti all'associazione. Tale accordo deve essere depositato presso L'Assessorato regionale alla Sanità, L'Azienda e L'Ordine dei Medici di appartenenza tramite raccomandata A/R con un regolamento interno, che deve prevedere altresì le condizioni previste al comma 7 e comma 8 e comma 9.

2. I medici che aderiscono a queste associazioni devono operare nel medesimo ambito territoriale di scelta, fatto salvo colori che ai sensi del I Accordo Regionale campano hanno aderito ad una forma associativa, con obbligo di essere in rete entro un anno, e che mantengono la loro adesione ad una società riconosciuta giuridicamente come cooperativa.

3. Ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in associazione è dovuto un compenso forfetario annuo di cui all'art. 59 dell'ACN vigente, con decorrenza dalla data di attivazione dell'associazione. La forma in associazione semplice, per la quale non si prevedono modalità di sviluppo, costituisce una soluzione ad esaurimento. Pertanto non saranno consentite, dalla data di pubblicazione del presente accordo nuove forme di associazionismo semplice.

4. La Regione, tramite il Comitato regionale ex art. 24, verifica, sulla base della ricognizione aziendale effettuata in ambito del Comitato ex art. 23, che il numero dei medici che svolgono l'attività di medicina in rete e di medicina di gruppo non superi globalmente la percentuale del **60%** degli assistiti nella A.S.L..

5. Ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in rete è dovuto un compenso forfetario annuo di cui all'art. 59 dell'ACN vigente, con decorrenza dalla data di attivazione dell'associazione come già previsto dal precedente AIR e dall'ACN vigente.

Nella prospettiva strategica dell'evoluzione qualitativa dell'associazionismo, per la forma in associazione in rete non si prevedono ulteriori modalità di sviluppo, se non quelle previste dall'art. 3, comma 8, Capo III del presente AIR, e pertanto non saranno ammesse a usufruire dell'indennità nuove associazioni di questo tipo, fatto salvo anche quanto previsto dal successivo comma 7.

Le forme associative di medicina in rete composte da soli due medici costituite ai sensi del DPR 484/96 e ancora in essere alla data di entrata in vigore dell'ACN 2010, dovranno adeguarsi alle condizioni di cui all'art. 54, comma 4, lettera e) dell'ACN vigente entro 6 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo; ugualmente le forme associative di tre medici che dovessero trovarsi temporaneamente ridotte a due per il venir meno di un associato avranno 6 mesi per adeguarsi alle condizioni all'art. 54 comma 4 lettera e).

6. Ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di gruppo è dovuto un compenso forfetario annuo di cui all'art. 59 dell'ACN vigente, con decorrenza dalla data di attivazione dell'associazione.

Per la forma in associazione in gruppo, fino alla definizione del nuovo ACN, non si prevedono ulteriori modalità di sviluppo se non quelle previste all'art. 3, comma 8, Capo III del presente AIR e pertanto non saranno ammesse a usufruire dell'indennità nuove associazioni di questo tipo fatto salvo anche quanto previsto dal successivo comma 7.

Le forme associative composte da soli due medici ancora in essere alla data di entrata in vigore dell'ACN 2009, dovranno adeguarsi alle condizioni di cui all'art. 54, comma 4, lettera e) entro 6 mesi dalla sottoscrizione; ugualmente le forme associative di tre medici che dovessero trovarsi temporaneamente ridotte a due per il venir meno di un associato avranno 6 mesi per adeguarsi alle condizioni di cui all'art. 54, comma 4, lettera e). Qualora, decorsi sei mesi, non vi fosse la possibilità di adeguarsi ai predetti requisiti, è consentito ai MMG che già percepiscono le indennità di gruppo di poter accedere alla forma organizzativa di medicina in rete percependo la relativa indennità di cui all'art. 54.

7. Con la sottoscrizione del presente accordo le Aziende individuano la percentuale aziendale vigente delle forme associative di cui al comma 5 e 6 quale tetto invalicabile. Le Aziende provvedono, tramite il Comitato Aziendale art. 23, alla ricognizione trimestrale delle percentuali relative alle indennità di associazionismo di cui al comma 5 e 6 del presente articolo, comunicandole contestualmente al Comitato ex art. 24 e verificando la possibilità di inserire nelle forme associative di cui al comma 4 del presente articolo i MMG che ne facciano richiesta nel rispetto del tetto su fissato. A tale scopo le Aziende istituiscono una lista di attesa di medici di Assistenza primaria graduata secondo la cronologia delle domande inoltrate dai singoli MMG interessate alla forma associativa.

8. Le Aziende, verificata la eventuale disponibilità del fondo di cui all'art. 59, lettera b), riconoscono l'indennità di collaboratore di studio fino ad una percentuale del 50% e l'indennità per l'infermiere professionale fino ad una percentuale del 10% nell'ambito della evoluzione delle forme organizzative esistenti.

9. Ogni forma associativa deve rispettare i criteri generali del comma 4 dell'art. 54 dell'ACN.

10. Ciascun medico può accedere, in ottemperanza alle limitazioni previste dall'Ente Garante per La Privacy, alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici dell'associazione.

#### **B. FORME ASSOCIATIVE Ex-Art. 54 Comma 3 Lettera b)**

Le Società Cooperative a responsabilità limitata, composte da soli medici convenzionati, attualmente presenti nel territorio regionale costituiscono un patrimonio del S.S.R. le cui peculiarità sono rappresentate dalla caratteristica solidaristica propria dell'impresa cooperativistica e dai livelli organizzativi logistici ed infrastrutturali che hanno conseguito.

1. Le forme associative ex comma 3, lettera b) del presente articolo, sono Società di servizio anche cooperative, nel cui statuto sia previsto che i soci sono per maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda o dei Comuni comprendenti più Aziende in cui esse operano e che garantiscono le modalità operative, per le singole associazioni, di cui alla parte del presente Accordo che norma le associazioni ex comma 3 lettera a).

2. Le forme associative di cui al comma 1 del presente articolo non possono fornire prestazioni sanitarie. Invece, possono fornire beni o servizi anche a medici non associati; possono altresì fornire beni o servizi come supporto alla libera professione individuale degli associati e non, anche nei rapporti con la Mutualità Integrativa.

3. Il S.S.R. può avvalersi, previa contrattazione con le OO.SS firmatarie del presente AIR, di prestazioni e servizi non sanitari da esse forniti a livello regionale, aziendale e distrettuale, sulla scorta di quanto previsto espressamente dall'ACN vigente.

4. Sono fatti salvi gli accordi regionali stipulati ai sensi del D.P.R. 484/96 che non prevedevano per le forme associative aderenti a società di servizio, anche cooperative, la limitazione della loro estensione operativa e territoriale al livello della ASL.

5. Le forme associative del presente articolo possono fornire ai medici di assistenza primaria un infermiere professionale o un tecnico della riabilitazione o un assistente sanitario, o un ostetrico o altro professionista sanitario. Inoltre possono fornire un operatore socio sanitario (O.S.S.) utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali.

6. Le forme associative di cui al comma 1 del presente articolo dovranno essere rubricate in un Albo Regionale appositamente allestito e depositato presso il Comitato ex art.24, previa esibizione della seguente documentazione:

- Statuto
- Regolamento interno
- Iscrizione alla Camera di Commercio
- Indicazione dei dati relativi agli organi di dirigenza
- Auto-certificazione dei Presidenti dei Consigli di Amministrazione sulla assenza di procedimenti disciplinari di natura amministrativa o penale
- Auto certificazione sulla idoneità dei servizi di Banca Dati dell'Impresa in ottemperanza alle norme delle leggi sulla Privacy e del rispetto di esse da parte dei singoli Soci e di quanti, anche non soci, dovessero usufruire dei servizi informatici della Cooperativa
- Certificazione da parte delle AA.SS.LL. dell'avvenuta presa d'atto della costituzione di una S.C. a r.l.

#### **ART 11 – Forme Organizzative Sperimentali della Medicina Generale**

##### **Sviluppo dell'Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)**

In attuazione della Legge 662/96 ai sensi dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2009, la Regione Campania con DGRC n. 995 del 22 maggio 2009, ha

individuato la Linea progettuale: “Modalità organizzative per garantire l’assistenza sanitaria in h24: riduzione accessi impropri nelle strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi”.

Il progetto prevede, con modalità e tempi diversi, lo sviluppo di modelli organizzativi ospedalieri e territoriali con la finalità di contribuire ad una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso. In particolare, per i modelli ospedalieri è prevista una loro transitoria implementazione, quale approccio “tattico” iniziale al problema, e pertanto sono da considerarsi modelli utilizzabili nella sola fase di transizione.

I modelli territoriali, invece, costituiscono le vere risposte cui far riferimento per una definitiva sistematizzazione della problematica assistenziale in questione.

Le forme organizzative, in relazione alle esigenze locali possono svilupparsi secondo modelli più o meno complessi al fine di realizzare, anche gradualmente, nel territorio la continuità dell’assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell’utente. Tali progetti sperimentali vanno sottoposti alla Regione per accedere agli appositi finanziamenti.

In particolare, il progetto prevede l’attivazione di forme organizzative complesse rappresentate dal Presidio Ambulatoriale Distrettuale e dal Presidio Ambulatoriale Territoriale Integrato e gli SPS che hanno come popolazione di riferimento non soltanto gli assistiti ma tutti i cittadini, compresi i non residenti.

L’attuazione di tali forme sperimentali, avviene su indicazioni e specifici finanziamenti regionali con organizzazione definita in ambito Aziendale.

### **Presidio Ambulatoriale Distrettuale.**

Costituisce punto di riferimento dell’assistenza territoriale per il cittadino che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in h24.

Si tratta di ambulatori distrettuali gestiti dai Medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie, collocati strategicamente, a regime, in strutture con idonee caratteristiche anche logistiche, non esclusi eventuali studi di medicine di gruppo, individuate dalle ASL su indicazione delle UCAD:

- situati in aree distanti da presidi ospedalieri;
- situati presso aree ad alta densità abitativa e/o aree di interesse turistico;
- almeno uno per distretto sanitario.

L’ambulatorio o studio medico deve essere collocato in sede distinta dal Pronto Soccorso per evitare che i cittadini continuino ad identificarlo come luogo unico al quale rivolgersi per ogni tipo di esigenza assistenziale.

In linea di massima tale struttura dovrebbe essere localizzata vicino ad una postazione di ambulanze del 118, al fine di poter trasferire il paziente presso l’Ospedale di riferimento, qualora se ne verificasse la necessità.

Linee di attività principali:

Le prestazioni erogabili sono quelle tipiche dello studio del medico di MMG e del PLS: visita medica, prescrizione di farmaci salvavita, certificazioni, medicazioni, prestazioni urgenti che richiedono un servizio di primo soccorso, prestazioni di particolare impegno (di cui all’allegato D dell’ACN della MG). In tale ambito possono essere fornite anche prestazioni infermieristiche.

Per ogni turno deve essere presente almeno una unità medica di Medicina Generale (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) e una unità di personale infermieristico.

All'ambulatorio possono accedere non soltanto gli assistiti ma tutti i cittadini, compresi i non residenti e l'accesso può avvenire anche tramite invio da parte del Pronto Soccorso di riferimento dopo effettuazione del Triage.

Nel Presidio Ambulatoriale Distrettuale si può prevedere la pronta disponibilità di Medici Specialisti Ambulatoriali Interni per prestazioni di primo intervento per alcuni gruppi di patologie.

### **Presidio Ambulatoriale Territoriale Integrato**

Si tratta dello sviluppo di una collaborazione fra più professionisti che rende possibile lo scambio di opinioni e pareri clinici, la condivisione di spazi e attrezzature per una loro ottimale fruizione, la garanzia di una copertura oraria h 24, la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile con possibilità di visite e altre prestazioni su appuntamento. La struttura in cui realizzare tali presidi, per mantenere una continuità con i luoghi attuali dell'assistenza primaria, deve essere dotata di adeguati requisiti anche logistici e può essere individuata dalle ASL su indicazione delle UCAD in strutture distrettuali o anche in eventuali studi di medicina di gruppo.

Presso il Presidio ambulatoriale territoriale integrato possono essere erogate:

- visite ambulatoriali comunemente svolte dai MMG, dai PLS e dagli specialisti ambulatoriali interni;
- analisi diagnostiche di primo livello (da tecnologie elementari fino alla telemedicina);
- consulenze specialistiche;
- prestazioni infermieristiche;

Inoltre, possono essere svolte attività correlate, quali raccolta prelievi, prenotazione di prestazioni specialistiche e/o di ricovero degli assistiti, valutazioni connesse all'attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Linee di attività principali:

- Garantire la continuità delle cure, mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- Realizzare un processo organizzativo che garantisce un'efficace continuità dell'assistenza, la riduzione dei ricoveri inappropriati, la attivazione dei percorsi assistenziali con conseguente diminuzione del ricorso al pronto soccorso per prestazioni che sarebbero classificate come codici bianchi o verdi;
- Contribuire a realizzare un riequilibrio fra ospedale e territorio propedeutico ad una redistribuzione delle risorse, basata sull'individuazione del livello di assistenza e della sede per l'erogazione della prestazione appropriata in considerazione dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché dei principi etici;
- Perseguire il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni con le attività del distretto;
- Garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del MMG, che rappresenta il primo dei poli della rete integrata di assistenza socio-sanitaria;

- Realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi e delle attività territoriali da parte dei cittadini, prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, potendo utilizzare in via sperimentale la riconversione di piccoli ospedali in strutture territoriali;
- Utilizzare gli strumenti della rete e della telemedicina per la gestione del paziente nelle località disagiate, montane e nelle isole minori;
- Dotarsi, nelle aree metropolitane, di supporti tecnologici ed informativi attivi per collegare tra loro i professionisti e consentire la condivisione delle informazioni e per integrare i medici del territorio con l'ospedale e con gli attori del sociale;
- Rapportarsi con il distretto, con l'ospedale e con gli altri poli della rete integrata;
- Diventare il punto di riferimento dell'assistenza territoriale; intercettare la domanda, soddisfarla per quanto è possibile, governarne successivi eventuali percorsi sanitari e sociali, in un'ottica di appropriatezza.

In tale quadro si inserisce il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato con Decreto Commissariale n. 49/2010 dalla Regione Campania che prevede la riconversione di alcune strutture ospedaliere quale strumento per il potenziamento della rete territoriale.

Negli stabilimenti delle strutture dismesse le Aziende Sanitarie Locali provvedono, utilizzando gli spazi a disposizione, ad offrire ai cittadini adeguate forme di assistenza extraospedaliera incentrate sui sistemi di "cure primarie" volte a garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute.

Pertanto laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini, vanno allocate piattaforme territoriali attrezzate denominate "**strutture polifunzionali per la salute**" (SPS).

La SPS si identifica con una sede fisica e rappresenta un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Essa costituisce, quindi, un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra servizi e i cittadini, restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di "salute", sia come diritto di ogni cittadino, che come interesse della comunità. Si tratta pertanto di una iniziativa che può essere di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale.

Il modello SPS, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, è un presidio strategico del distretto sociosanitario finalizzato a fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità del rapporto tra il Sistema sanitario regionale e il cittadino, nonché per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria propri del distretto.

Nell'ambito delle SPS possono essere pertanto allocati :

- a. ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale;
- b. la sede del coordinamento delle attività comuni a tutti i medici di famiglia, sia che agiscano all'interno sia che mantengano gli studi medici al di fuori della ex struttura ospedaliera e per attività quali: raccolta di dati epidemiologici, definizione di programmi e di protocolli terapeutici, approfondimenti sui temi specifici quali uso dei farmaci, interventi di educazione alla salute dei cittadini...;
- c. la sede della attività di continuità assistenziale;

- d. la sede delle attività di PSAUT (emergenza territoriale – 118). Per tali presidi si dovranno garantire i collegamenti con la rete delle elisuperfici.
- e. ambulatori infermieristici in cui gli infermieri distrettuali, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati;
- f. ambulatori medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione, e che utilizzano specialisti convenzionati;
- g. ambulatori di radiologia e laboratori di analisi;
- h. la sede del coordinamento delle cure domiciliari;
- i. le strutture di degenza territoriale (Ospedale di Comunità, Residenza Sanitaria, Centro dei disturbi alimentari, hospice, ecc.);
- j. i servizi socio-sanitari che possono essere variamente rappresentati dei diversi bisogni dalle comunità in funzione dei vincoli di programmazione.

La condivisione di spazi e di attrezzature tra i diversi attori permette una ottimale fruizione degli stessi, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività assistenziale e la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile; rappresenta, inoltre, la base per l'ulteriore sviluppo e utilizzo di sistemi informatici, di telemedicina e teleconsulto.

Le modalità organizzative vengono definite dal gruppo di progetto. Fanno parte del gruppo di progetto un rappresentante sindacale dei MMG ed un rappresentante sindacale dei PLS. Ai mmg che partecipano a tali forme organizzative è riconosciuta una indennità da concordarsi tramite il Comitato ex art. 24.

## **Art 12 Cure Domiciliari - art. 53 dell'ACN**

1. L'Azienda Sanitaria Locale destina all'Assistenza domiciliare erogata dai MMG una somma pari al 20% della retribuzione mensile di tutti i medici di assistenza primaria. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare non possono comunque superare complessivamente il 20% dei compensi mensili.
2. Le Aziende determineranno il fondo (compensi quota A + compensi quota B comma 15) e monitoreranno il rispetto del tetto di spesa globale e per singolo mmg.
  - a. Il suddetto fondo va determinato entro il 31 gennaio di ogni anno. Al fine di assicurare l'obiettivo dell'ADI, così come definito al comma 4 del presente articolo, al MMG che supera il tetto di spesa individuale può essere riconosciuto il compenso se lo stesso trova capienza nel fondo aziendale.
  - b. In particolari condizioni legate alla maggiore intensità assistenziale di aree periferiche del territorio regionale, le Aziende definiscono con le OO.SS., nel rispetto del fondo disponibile, il potenziamento dell'ADI.
3. L'assistenza domiciliare si caratterizza essenzialmente in due modalità:

- Cure Domiciliari di tipo Prestazionale definite ADP

- Cure Domiciliari Integrate di I e II livello definite ADI

4. Lo standard previsto dal Ministero della Salute per l'erogazione dell'ADI è > 4% della popolazione ultrasessantacinquenne e diventa obiettivo regionale/aziendale ai fini dell'assolvimento degli adempimenti LEA.

#### **Le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale (ADP)**

- sono caratterizzate da prestazioni sanitarie a ciclo programmato, che non richiedono né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare;
- Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG può richiedere l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata;

**Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello**, comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la gestione clinica condivisa dei processi di cura sanitaria.

### **IL SISTEMA DI ACCESSO E DI PRESA IN CARICO NELL'AMBITO DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE**

Il servizio di assistenza domiciliare integrata si realizza attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni, associati nell'Ambito Territoriale per l'accesso, la valutazione e la presa in carico.

Il Sistema di Accesso deve prevedere:

- da parte dell'Azienda, in caso di necessità di attivazione a breve termine o ad alta priorità non differibile, la garanzia dell'attivazione nelle 24 ore;
- attivazione programmata ritenuta differibile;

Il sistema della presa in carico è definito dalla delibera di giunta regionale n. 41 del 14.02.2011, pubblicata sul B.U.R.C. n. 11 del 14.02.2011.

#### **Sistema di presa in carico: Attivazione delle Cure Integrate Domiciliari**

Il MMG:

- a) partecipa in quanto attore della PUA (Porta Unica d'accesso);
- b) accoglie ed effettua una prima valutazione della richiesta di accesso alle cure domiciliari integrate;



- c) compila la scheda S.Va.M.A. o S.Va.M.Di per la valutazione sanitaria dell'utente; partecipa all'U.V.I. per l'attività di valutazione multidimensionale;
- d) partecipa alla redazione del Progetto personalizzato e del Piano esecutivo;
- e) partecipa alla realizzazione del progetto di assistenza;
- f) partecipa alle valutazioni periodiche e straordinarie del caso in U.V.I.
- g) compila il diario/cartella dell'utente annotando le prestazioni erogate e le variazioni delle condizioni cliniche;

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario.

In questi casi l'accesso all'ADI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI per rispondere a bisogni di natura sociale.

La valutazione multidimensionale dell'U.V.I. deve essere effettuata adottando come strumento la scheda SVAMA approvata dalla Regione con DGRC n. 323 del 3/7/2012 e la scheda SVAMDI per le persone adulte con disabilità approvata dalla Regione con DGRC n. 324 del 3/7/2012. La compilazione delle predette schede, da ritenersi strumenti necessari all'arruolamento nell'ambito delle cure integrate domiciliari, può prevedere un modello informativo da acquisirsi in ambito aziendale attraverso gli Organismi di cui all'art. 8;

La responsabilità clinica del caso rimane in capo al MMG quale naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari.

5. La retribuzione degli accessi domiciliari dei medici di assistenza primaria per l'assistenza domiciliare integrata (ADI) è di 30 euro per accesso.

6. La retribuzione dei medici di assistenza primaria per la tenuta di ciascuna cartella e per il coordinamento, intesa quale partecipazione all'UVI, del caso in A.D.I. è di € 60,00.

7. La retribuzione di specifiche prestazioni connesse allo svolgimento dell'Assistenza Domiciliare non previste dall'allegato D dell'ACN vigente viene definita in ambito Regionale, nel Comitato Regionale art. 24.

### **Cure Domiciliari di tipo Prestazionale (ADP)**

1. L'Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP) è disciplinata dall'Allegato G dell'ACN vigente.

2. Al fine di favorire un'omogeneità di interventi in materia di ADP, per consentire a livello aziendale una uniforme valutazione di qualità dell'attività assistenziale espletata dai medici di assistenza primaria al domicilio del paziente non ambulabili e per valutare gli obiettivi dei livelli di spesa programmati, le parti concordano di adottare, come linea guida, la modulistica che segue.

3. La retribuzione degli accessi domiciliari dei medici di assistenza primaria per l'assistenza domiciliare programmata (ADP) è di 18.90 euro.

4. La modulistica utilizzata per l'ADP è uniforme su tutto il territorio Regionale; non è consentita integrazione o ulteriore richiesta di consenso informato.

5. Al fine della corresponsione degli emolumenti previsti all'ACN il MMG consegna al Distretto di competenza entro il decimo giorno del mese successivo il numero complessivo degli accessi effettuati ed il rispettivo nominativo del paziente in ADP.

6. La verifica degli accessi viene effettuata ai sensi dell'art 8 dell'Allegato G dell'ACN vigente.
7. l'ADR di cui all'ex art.39 della DGRC 2128 del 2003 è inclusa nell'ADP.

ALLEGATO ADP

A.S.L. .... DISTRETTO ..... *località del distretto* .....  
ASSISTENZA SANITARIA MEDICINA DI BASE

Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP)  
ACN 30/07/2010 art. 53 lettera b), Allegato G

Generalità ..... Data di nascita .....  
Via ..... n° ...  
Località .....  
C.F. .... tel. ....

Come da art. 2 Allegato G, le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:

- a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inf. con gravi difficoltà a deambulare)
- b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore);
- c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
  - ◆ insufficienza cardiaca in stadio avanzato;
  - ◆ insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
  - ◆ arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
  - ◆ gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
  - ◆ cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
  - ◆ paraplegici e tetraplegici.

Diagnosi circostanziata.....  
.....  
.....

Durata dell'assistenza (non superiore ad un anno, salvo proroga): .....

Frequenza degli accessi (barrare): settimanale      quindicinale      mensile

*Firma e Timbro*

.....

Per il responsabile del distretto (Allegato G art.3 comma 5,6,7)

ATTIVAZIONE: SI  
NO (*specificare dettagliatamente*):

.....

.....  
in caso di contenzioso:

Valutazione Commissione Allegato G art.3 c7  
(*specificare dettagliatamente*)

.....

.....

.....

**REGIONE CAMPANIA**  
**A.S.L. ....**

**ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA**  
**Registro Sanitario Domiciliare**

Medico di Assistenza Primaria -----

Distretto Sanitario N. ... - Ambito -----

Timbro e firma -----

**GENERALITÀ DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Cause di non Ambulabilità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Azienda Sanitaria Locale .....

**Interventi Sanitari Extra-Domiciliari****Ricovero ospedaliero**

Dal	Al	Motivo

**Ricovero in Casa di Cura e strutture di Riabilitazione**

Dal	Al	Motivo

**Ricovero in Day Hospital**

Dal	Al	Motivo

**Ricovero in R.S.A.**

dal	Al	Motivo

**Interventi Assistenziali nei 12 Mesi Precedenti ADP**

dal	Al	Motivo

### **Art 13 - Scheda di Valutazione della Fragilità**

1. Nel contesto dei provvedimenti assunti dalla Regione Campania per l'assistenza agli anziani, le parti convengono che la **Scheda di Valutazione della Fragilità** sia uno strumento essenziale per monitorare le necessità socio-assistenziali, di prevenzione, di cura e di educazione sanitaria della popolazione anziana.

La fragilità può essere considerata come uno stato di disorganizzazione caotica dei sistemi fisiologici che può essere stimata valutando lo stato funzionale, le malattie, i deficit fisici e cognitivi, i fattori di rischio psicosociali e le sindromi geriatriche, nell'ottica di costruire un quadro il più possibile completo della situazione di rischio di eventi avversi.

L'elemento essenziale della fragilità è una vulnerabilità latente con la possibile perdita di capacità adattative.

La sarcopenia, o perdita della massa/forza muscolare, associata con il progressivo aumento dell'età, è ritenuta elemento principale della fragilità.

Lo stress, acuto e cronico, la depressione, i bassi livelli di attività o la diminuzione dell'apporto proteico e di micronutrienti nella dieta, possono scatenare e accelerare la fragilità. Altre concause di fragilità sono: isolamento sociale, abuso di alcoolici, fumo, malattie croniche e polifarmacoterapia.

Il progressivo intreccio di questi elementi e la loro interazione comportano una sempre maggiore differenziazione fra gli individui, rendendo la persona sempre più unica con l'invecchiamento.

Dato che la fragilità è una condizione biologica che, in rapporto ad eventi negativi sia di ordine sanitario che sociale, incrementa l'incidenza di morbilità e disabilità, il suo concreto strumento di cura è la continuità nell'osservazione e negli interventi.

La persona riconosciuta "fragile", quindi, deve essere sorvegliata e valutata periodicamente nell'ambito del sistema delle Cure Primarie, anche utilizzando specifici strumenti di raccolta dati.

Il Medico di Medicina Generale individua e coordina le azioni necessarie alla soluzione di eventuali problemi emergenti dall'analisi della Fragilità avvalendosi anche del supporto di altri Professionisti e del Servizio Sociale.

E' necessario che le informazioni sulla fragilità della persona siano aggiornate, rese disponibili e fruibili, attraverso un sistema informatizzato per tutti i nodi della rete assistenziale.

Uno screening della fragilità in fase precoce quando le possibilità di prevenzione e di intervento hanno maggiore probabilità di successo è quindi ritenuto essenziale.

2. Al medico che redige la scheda è corrisposta la somma di cui all'ex art. 70 co. 1 lett. A) capo VI del precedente A.I.R.

3. L'Azienda deve corrispondere tali compensi, frazionati in dodicesimi, entro 30 giorni dalla consegna delle schede.

4. La corresponsione dei compensi previsti per la presentazione annuale delle schede di valutazione della fragilità, frazionati in dodicesimi, rientra nel tetto massimo del 20% della retribuzione mensile di tutti i medici di assistenza primaria previsto per l'assistenza domiciliare.

5. Le schede, compilate in formato elettronico, vengono consegnate al distretto (o secondo diverse disposizioni sulla base di direttive aziendali) entro il 31 gennaio di ogni anno;

6. E' demandata al Comitato ex art. 24 la definizione dei contenuti della scheda di valutazione della fragilità;

7. Fino alla definizione ed entrata in vigore della scheda di valutazione della fragilità, per l'anno 2013 vengono corrisposti gli emolumenti previsti per l'invio della scheda gerontologica di cui all'ex art. 70 co. 1 lett. A) capo VI del precedente A.I.R.

**ART 14 – Attività di Prevenzione Individuale e su Gruppi di Popolazione****PARTE GENERALE**

Con la DGRC n. 309 del 21 giugno 2011 la Regione Campania ha approvato il Piano Regionale di Prevenzione.

Il PNP 2010-2012, distingue, come macro-aree di intervento:

1. la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia
2. i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc)
3. i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (per esempio i programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio gli screening oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare)
4. i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.

Così come espressamente indicato nel PNP, nello svolgimento delle attività di prevenzione un ruolo fondamentale spetta al MMG.

**PREVENZIONE SECONDARIA (SCREENING)**

Gli obiettivi di prevenzione secondaria dei tumori (screening) come espressamente indicato dal Piano Oncologico Nazionale 2011-2013, possono essere raggiunti mediante interventi di sanità pubblica di popolazione o mediante una attività di iniziativa dei professionisti negli ambiti erogativi della specialistica.

I programmi organizzati di screening sono inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza per quanto attiene ai tumori della mammella, cervice uterina e colon-retto.

Per il perseguimento dei programmi di screening fondamentale, fra l'altro, è concepire gli interventi di prevenzione secondaria non come prestazioni ma come percorsi (profili di assistenza) offerti al cittadino all'interno delle varie articolazioni organizzative sul territorio.

Pertanto, nell'ambito dei piani operativi aziendali possono essere previste modalità di intervento che prevedano la collaborazione tra i MMG ed i dipartimenti Aziendali al fine del perseguimento degli obiettivi.

In tale contesto la Medicina Generale deve svolgere primariamente le funzioni educative e di attivo coinvolgimento della popolazione a rischio ai programmi di screening secondo le linee guida di EBM e gli indirizzi concordati e condivisi con i Dipartimenti Aziendali.



Qualora i piani operativi aziendali prevedano il coinvolgimento dei MMG, le modalità attuative dovranno essere approvate dal Comitato Aziendale

Gli screening individuati sono:

- CARCINOMA DELLA MAMMELLA
- CARCINOMA COLON-RETTALE
- CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA

I medici di assistenza primaria sono tenuti a:

1. partecipare alla sessione di formazione specifica del progetto, se prevista
2. attenersi ai protocolli operativi stabiliti dal progetto

Le parti concordano che, in seno al Comitato Regionale ex art. 24 integrato con il Responsabile dell'Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato alla Sanità, verranno condivise e definite le azioni per il perseguimento di specifici obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione nell'ambito dei programmi di screening al fine di rendere uniforme su tutto l'ambito regionale le modalità operative ed il relativo riconoscimento economico.

Sempre al fine di rendere uniforme in tutto l'ambito regionale le modalità operative ed il relativo riconoscimento economico nell'ambito dei programmi di screening, si demanda al Comitato regionale ex art. 24 anche il monitoraggio degli eventuali accordi aziendali in essere.

Pertanto le Aziende che intraprendono attività di prevenzione secondaria ai sensi del presente articolo, ne danno comunicazione al Comitato ex-art. 24 specificando le modalità operative ed il relativo corrispettivo economico a favore dei MMG che hanno aderito. I compensi previsti per il MMG aderente all'attività di screening restano quelli individuati nell'art. 70 del BURC n. 32 del 21 luglio 2003 – Deliberazione n. 2128 del 20 giugno 2003.

## VACCINAZIONI

I programmi vaccinali sono inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza per quanto attiene le vaccinazioni obbligatorie, raccomandate e la vaccinazione antinfluenzale.

### *Vaccinazione antinfluenzale*

1. Si fa riferimento a quanto previsto dall'ACN articolo 45 comma 2 lettera n), "adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende".

2. Entro il 30 giugno di ogni anno i medici di MG, nell'ambito dell'organizzazione della campagna vaccinale aziendale, presentano al distretto il numero degli assistiti da sottoporre a vaccinazione antinfluenzale comprendente:

-assistiti ultra-65enni

-assistiti di età inferiore ai 65 anni appartenenti alle categorie a rischio.

3. Ai medici di assistenza primaria che partecipano attivamente alla campagna vaccinale annuale, secondo le modalità indicate al comma 2, è previsto un compenso, coerentemente con gli indicatori previsti dagli Adempimenti LEA, pari a:

€ 5,94 (5,64) quale rimborso spese omnicomprensivo + come premio di incentivazione anche per prestazione domiciliare

€ 0,26 al superamento del 64% della popolazione bersaglio;

€ 1,20 (0,77) al superamento del 75% della popolazione bersaglio

€ 0,86 (1,56) al superamento del 90% della popolazione bersaglio

La Vaccinazione antiinfluenzale, quale istituto consolidato della Medicina Generale, viene effettuata nello studio del Medico o, per i pazienti non in grado di raggiungere la struttura, a domicilio del paziente; al fine della migliore riuscita della Campagna Vaccinale, i pazienti, individuati tra la popolazione bersaglio, possono recarsi, previo consenso del proprio medico di medicina generale, per l'effettuazione della vaccinazione, anche da un medico di medicina generale appartenente alla forma associativa di riferimento o ad altre individuate nell'ambito di disposizioni aziendali. La quota spettante della vaccinazione verrà corrisposta al MMG che somministra il vaccino.

#### *Vaccinazione antipneumococcica*

La vaccinazione ha lo scopo di proteggere le categorie a rischio da infezioni pneumococciche le cui manifestazioni più gravi sono rappresentate da broncopolmoniti, meningiti, setticemie.

Le categorie a rischio da vaccinare sono:

- Anziani al di sopra dei 65 anni;
- Pazienti affetti da malattie cardiovascolari e polmonari, diabete, cirrosi epatica, etilismo.
- Pazienti affetti da malattie con compromissione del sistema immunitario (splenectomia, drepanocitosi, linfomi, mieloma multiplo, trapianto d'organo, HIV positivi, neoplasie, leucemie).
- Pazienti affetti da insufficienza renale cronica.
- Adulti che vivono in situazioni ambientali a rischio: diseredati e ricoverati in strutture chiuse.

L'obiettivo è quello di raggiungere una copertura vaccinale del 80% della popolazione anziana e a rischio nel corso di 3-5 anni e di consolidare il risultato negli anni successivi.

#### Strumenti

1. Le AA.SS.LL forniranno gratuitamente il vaccino antipneumococcico, utilizzando le sedi distrettuali.
2. I medici di assistenza primaria che aderiscono al progetto, provvederanno nel corso dell'anno:
  - alla individuazione della popolazione bersaglio;
  - al ritiro e alla somministrazione del vaccino;
  - alla notifica della avvenuta vaccinazione con report mensili.

Il compenso è determinato nella stessa misura di quanto previsto per la vaccinazione antinfluenzale per ogni singola prestazione vaccinale effettivamente erogata e liquidato con notula mensile.

### **Prevenzione rischio cardio-vascolare:**

E' demandata al Comitato ex art. 24 la definizione delle modalità operative dei medici di medicina generale nell'ambito del programma di prevenzione del rischio cardio-vascolare.

### **Art. 15 – Sanità Penitenziaria**

Con il DPCM 01.04.2008 di riforma della sanità penitenziaria sono state trasferite alle Regioni anche le funzioni proprie della Medicina Generale, svolte, ex Legge n. 740/1970 e s.m.i., negli Istituti penitenziari dai Medici Incaricati e dai Medici SIAS.

In considerazione degli esistenti indirizzi normativi, e della necessità di garantire, in applicazione alle linee di indirizzo di cui all'allegato A del DPCM 01.04.2008, l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza negli istituti penitenziari con particolare riguardo all'area della medicina generale ed alle risposte alle urgenze si prevede:

Medici addetti alla Assistenza Penitenziaria:

Al fine di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza negli istituti penitenziari per l'area della medicina generale e dell'urgenza le Aziende determineranno il relativo fabbisogno.

Le attività di medicina generale, nonché le certificazioni in uso nel Servizio Sanitario Regionale e le certificazioni specifiche in ambito Penitenziario, già precedentemente svolte dai Medici Incaricati Provvisori, verranno garantite ricorrendo prioritariamente con incarichi ai dirigenti medici dipendenti delle Aziende Sanitarie. In subordine si procederà, nelle more della definizione del nuovo ACN, al conferimento di incarichi provvisori, della durata massima di 12 mesi, secondo le procedure previste dal comma 8 e comma 11 dell'art.70 dell'ACN della Medicina Generale vigente.

Le attività di urgenza, già precedentemente svolte dai Medici SIAS, verranno garantite ricorrendo prioritariamente con incarichi ai dirigenti medici dipendenti delle Aziende Sanitarie. In subordine si procederà, nelle more della definizione del nuovo ACN, al conferimento di incarichi provvisori, della durata massima di 12 mesi, secondo le procedure previste dal comma 8 e comma 11 dell'art.70 dell'ACN della Medicina Generale vigente.

Le parti firmatarie del presente Accordo perseguono le seguenti dichiarazioni a verbale:

### **DICHIARAZIONE A VERBALE n. 1**

La Regione Campania, per garantire un approccio strategico al problema delle liste di attesa ed un ricorso appropriato alle attività del SSN, applica nelle prescrizioni l'uso sistematico delle classi di priorità, la presenza del quesito diagnostico e la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.

Le classi di priorità sono riferite a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico-strumentali e di ricovero erogate dal SSN limitatamente alle prescrizioni delle prime visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative.

Al fine di facilitare l'accesso alle prestazioni, utilizzando lo strumento della priorità di scelta quale riferimento orientativo del MMG si precisa quanto segue:

Ogni richiesta di prestazione sanitaria prevede essenzialmente il coinvolgimento del:

- a) **MMG prescrittore** e promotore iniziale della prestazione
- b) **cittadino** utente
- c) struttura erogatrice
- d) **operatore esecutore** della prestazione

Tali componenti sono parte attive all'interno di un percorso teso alla erogazione della prestazione.

Con l'utilizzo dello strumento delle classi di priorità diventa indispensabile stabilire i livelli di responsabilità dei singoli attori del percorso.

Il medico di medicina generale all'atto della prescrizione è tenuto a fornire al cittadino tutte le informazioni utili riguardo la inclusione nelle classi di priorità, ai fini della espressione del consenso informato e consapevole

Il medico identifica le classi di priorità quale strumento di riferimento per l'erogazione delle prestazioni sulla base di un primo rilievo clinico che non può considerarsi vincolante rispetto a nuovi eventi successivi all'atto della prescrizione. L'indicazione della classe di priorità, in caso di modifica dello stato clinico del paziente o di una nuova valutazione del MMG, comporta la nullità della precedente prescrizione e la necessità di una nuova riclassificazione. La responsabilità del MMG relativamente ai tempi di erogazione delle prestazioni richieste si esaurisce al momento della formulazione della proposta.

La scelta dell'utente nei confronti di uno specifico specialista ambulatoriale o di altra struttura presso cui non vi sia disponibilità entro il tempo massimo definito in rapporto alla priorità richiesta comporta la decadenza al diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa.

È responsabilità dell'Azienda assicurare i tempi massimi per l'erogazione della prestazione secondo le indicazioni dei codici di priorità.

Qualora l'Azienda non potesse assicurare il rispetto dei tempi massimi di erogazione, attiverà tutte le procedure di riorganizzazione dei servizi per il superamento di suddetta criticità.

L'Azienda che non può assicurare il rispetto dei tempi massimi di erogazione della prestazione nel proprio ambito territoriale, deve prospettare agli assistiti l'erogazione della prestazione presso altre Aziende attraverso il CUREP. Il ricorso al CUREP non rappresenta, comunque, uno strumento per assicurare i tempi massimi di erogazione della prestazione.

La regione, attraverso una applicazione web liberamente accessibile, consentirà ai medici prescrittori ed agli assistiti di conoscere la prima disponibilità prenotabile attraverso il CUREP.

In tutti i casi, le ASL devono attivare forme di valutazione/verifica, nell'ambito dell'UVOA, circa l'appropriatezza d'uso dei codici di priorità, utilizzando prioritariamente il metodo della concordanza tra specialisti, che erogano la prestazione, e prescrittori.

Nell'ambito della verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche – terapeutiche -

riabilitative, ovvero quelle che presentano il primo contatto del paziente con il sistema, relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

### LINEE GUIDA SULL'UTILIZZO DELLE CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il tempo di attesa correlato con la classe di priorità prescritta deve essere calcolato a partire dalla data di prenotazione della prestazione.

La classificazione delle classi di priorità per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNGLA 2010-2012, è articolata come di seguito:

- U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata), da eseguire entro un arco temporale massimo di 180 giorni.

I criteri che sottendono l'individuazione delle suddette classi di priorità, si riportano qui di seguito:

- Classe U prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica;
- Classe B prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
- Classe D prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione disabilità;
- Classe P prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

### LINEE GUIDA SULL'UTILIZZO DELLE CLASSI DI PRIORITA' PER PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Le classi di priorità, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, sono le seguenti:

A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi.
	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o

C	disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi.

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi. Le Aziende Sanitarie devono attivarsi per applicare tali criteri per tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a porre in essere tutti gli adempimenti per garantirne l'applicazione.

#### APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELLA INDICAZIONE DELLE PRIME VISITE E DEI CONTROLLI SULLE PRESCRIZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal SSN devono obbligatoriamente riportare nelle procedure di prenotazione l'indicazione di prima visita o controllo.

La differenziazione, infatti, tra una prima visita specialistica e visita successiva o controllo, ha un impatto significativo sia sulla gestione delle liste di attesa che sul monitoraggio dei tempi di attesa, effettuato solo sulle prime visite.

La prima visita è quella in cui il problema del paziente è affrontato per la prima volta ed in cui viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di "primo accesso".

Per accessi successivi devono intendersi quelli che, a fronte di un inquadramento diagnostico già concluso e di un piano terapeutico già impostato, sono finalizzati a seguire, su indicazione del medico prescrittore, l'evoluzione della patologia o l'insorgenza di complicanze.

Per quanto attiene alle prestazioni esenti per malattie croniche, la Circolare del Ministero della salute del 13 dicembre 2001 ha precisato che "Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01", ovvero il codice utilizzato per le visite brevi o di controllo. Nella stessa Circolare si precisa che l'assistito "ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente". Ciò va interpretato nel senso che tutte le visite attinenti, direttamente od indirettamente, alla malattia per la quale vi è l'esenzione, sono da considerarsi come "controllo" anche nel caso in cui si renda necessario svolgere nuove visite specialistiche per verificare l'insorgenza o l'evoluzione di complicanze derivate dalla patologia principale.

Quindi sono definiti primi accessi:

- le prestazioni specialistiche richieste come tali, la cui erogazione non risulti essere stata effettuata nei 12 mesi precedenti.

Sono, invece, accessi successivi:

- le prestazioni specialistiche (anche se richieste come visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche di primo accesso) che risultino essere state erogate nei 12 mesi precedenti;

- le prestazioni di controllo richieste come tali, incluse quelle necessarie al monitoraggio di una malattia cronica e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se il soggetto accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la malattia esente.

## **DICHIARAZIONE A VERBALE n. 2**

### **CUREP**

La Regione Campania ha realizzato il Centro Unico Regionale di Prenotazione, denominato CUREP, che costituisce una sovrastruttura regionale costruita sui CUP aziendali. Ogni azienda ha un proprio CUP con il quale effettua prenotazioni presso la propria struttura. Il CUREP, utilizzando i sistemi CUP aziendali, consente agli operatori di prenotare presso tutte le aziende pubbliche (AA.SS.LL, AA.OO, AA.OO.UU., I.R.C.C.S.) della Regione Campania.

Attualmente con il CUREP è possibile prenotare solo primi accessi a prestazioni di specialistica ambulatoriale, attraverso impegnative in cui è presente una sola prescrizione. Nonostante tale limitazione, il sistema è utilizzabile per una gran parte delle attuali prenotazioni. Inoltre, per impiegare il sistema occorre semplicemente un personal computer connesso ad Internet, in quanto l'accesso al sistema avviene attraverso una web application.

Allo scopo di migliorare il servizio offerto, anche in relazione al contenimento dei tempi di attesa, i MMG si impegnano a collaborare con la Regione Campania, fornendo ai propri assistiti tutte le informazioni occorrenti per la fruizione di tale servizio e predisponendo le impegnative in accordo con quanto sopra riportato, nel caso in cui l'assistito manifestasse l'intenzione di prenotarsi attraverso il CUREP.

Inoltre si concorda che i MMG, su base volontaria e senza alcun onere per la Regione Campania e/o per le Aziende sanitarie, possono utilizzare il sistema per effettuare prenotazioni per i propri assistiti, aderendo a specifici interventi di ampliamento dell'utenza del CUREP al MMG, che le relative AA.SS.LL. vorranno predisporre.

**CAPO IV: LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE****PREMESSA**

La legge regionale 2/94, i Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 e l'ACN per la medicina generale vigente definiscono la continuità assistenziale un servizio pubblico essenziale e indispensabile, anello importante tra il Servizio Sanitario Nazionale ed il cittadino. Il presente Accordo regionale definisce, nell'organico e nei compiti, il ruolo ed il quadro assistenziale regionale di tale Servizio considerato parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria per gli interventi che necessitano di un intervento sanitario, sia programmato sia non differibile.

**Art. 1 - Criteri generali (ex-art. 62 ACN)**

1. In Regione Campania le attività di continuità assistenziale sono svolte da:
  - a) medici titolari di incarico a tempo indeterminato in Aziende Sanitarie Locali della Regione di cui alla norma finale n. 1 comma 2 del l'ACN per la medicina generale vigente;
  - b) medici convenzionati sulla base della disciplina di cui all'art. 63 dell'ACN per la medicina generale vigente e degli artt. seguenti del presente Capo.
2. Quanto definito negli articoli del presente Capo è riferito ai medici attualmente in servizio, in base ai dispositivi vigenti ed alle eventuali modifiche o integrazioni successivamente apportate in relazione alle linee di programmazione regionale, previa intesa con le OO. SS. firmatarie del presente Accordo.

**Art. 2 – Distrettualizzazione del servizio – Zone disagiate**

1. Nell'ambito della razionalizzazione e della distrettualizzazione del Servizio, è previsto almeno un presidio per ogni Distretto che potrà essere affiancato, previa programmazione regionale, da uno o più presidi satellite.
2. Ai sensi dell'art. 2 Capo III del precedente AIR, la Regione ha provveduto alla individuazione e riconoscimento delle zone carenti dell'area del disagio. Un ulteriore riconoscimento di zone disagiate è possibile solo per l'avvenuto mutamento delle condizioni oro-geografiche del territorio e per le Aziende che a tutt'oggi non hanno avuto ancora il riconoscimento delle aree del disagio.
3. La richiesta di riconoscimento di nuove zone disagiate, di cui al comma 2, va inoltrata al Comitato Regionale ex art. 24 su indicazione dei Comitati Aziendali

**Art. 3 - Incarichi (ex-art. 63 ACN)**

1. Di norma, entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno la Regione Campania pubblica sul BURC, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, l'elenco delle zone carenti per la continuità assistenziale individuate nel corso del semestre precedente nell'ambito delle singole Aziende Sanitarie Locali. La Regione provvede all'organizzazione centralizzata dell'assegnazione da parte delle ASL degli incarichi a tempo indeterminato secondo le modalità previste dalla vigente normativa.
2. L'Azienda Sanitaria Locale conferisce gli incarichi a tempo indeterminato:
  - a. ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale secondo quanto disposto dalla lett. a) comma 2 art. 63 ACN per la medicina generale vigente; detti medici vengono graduati secondo l'anzianità di incarico a tempo indeterminato e, in caso di parità, nell'ordine dalla minore età, dal voto di laurea e dall'anzianità di laurea.
  - b. ai medici inclusi nella graduatoria regionale per la medicina generale valida per l'anno in corso, non titolari di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale alla data della scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione alla copertura delle zone carenti per cui si



concorre, graduati secondo quanto previsto dai comma 4 e 5 art. 63 ACN per la medicina generale vigente.

3. Gli interessati presentano domanda unica agli Uffici competenti dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania entro trenta giorni dalla pubblicazione delle carenze sul BURC, specificando l'Azienda per la quale si ha diritto alla attribuzione del punteggio di residenza. La domanda e i documenti allegati saranno presentati secondo le modalità previste nel bando. La mancata compilazione dei dati richiesti dal bando di pubblicazione determina l'annullamento della domanda. L'assegnazione delle zone carenti di Continuità assistenziale avviene in maniera centralizzata a livello regionale e formalizzata a livello di Azienda Sanitaria Locale. Durante le assegnazioni è prevista la presenza operativa delle OO.SS. firmatarie del presente Accordo con modalità da definire in sede di Comitato ex-art. 24. L'assegnazione centralizzata ha per scopo l'assegnazione di tutte le zone carenti disponibili pubblicate sul BURC nelle varie ASL della Regione e nel rispetto delle percentuali di riserva dei posti previste dal presente Accordo.

4. I medici aventi diritto sono convocati per l'accettazione entro trenta giorni, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o telegramma, in un'unica seduta e presso un'unica sede, graduati come sopra indicato, prioritariamente i medici di cui al punto 2 lett. a del presente articolo, ed entro i successivi venti giorni i medici di cui al punto 2 lett. b del presente articolo, per assegnare le zone carenti residue. Alle operazioni di assegnazione di incarico presenzieranno funzionari di ciascuna ASL, in cui sono presenti le zone carenti da coprire.

5. L'Azienda provvede annualmente, e comunque prima di comunicare le carenze alla Regione, al trasferimento intraziendale, previa richiesta, dei medici con incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale nella stessa Azienda sulla base di una apposita graduatoria aziendale approvata allo scopo dal Comitato Aziendale ex art. 23.

6. L'Azienda conferisce l'incarico a tempo indeterminato, previo accertamento di insussistenza di cause di incompatibilità secondo lo schema dell'allegato "L" ACN per la medicina generale vigente, ed entro dieci giorni comunica all'interessato, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, il provvedimento del Direttore Generale con l'indicazione del giorno di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici; solamente per quanto previsto al comma 15 art. 63 ACN per la medicina generale vigente si fa riferimento alla data di accettazione dell'incarico da parte del medico come da punto 4 del presente articolo.

#### **Art.4 – Massimali (ex-art. 65 ACN)**

1. Il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene 24 ore settimanali più un plus orario di 4 ore settimanali presso una sola Azienda. Il plus orario settimanale non concorre alla determinazione del massimale orario.

#### **Art.5 - Compiti del medico (ex-art. 67 ACN)**

1. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dall'Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi.
2. Il medico in servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno per esigenze di servizio spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio stesso che saranno trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario.
3. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'art. 9 del presente Capo.
4. Il medico di C.A., a richiesta, partecipa attivamente al programma A.D.I. per l'ambito territoriale del presidio, con accessi programmati e concordati con il medico di Assistenza Primaria, da effettuarsi durante le ore di servizio; il responsabile del Distretto comunica ai presidi di C.A. le generalità dei pazienti in ADI e il nominativo del medico di A.P. che li assiste; al medico di C.A. spetta per accesso e prestazioni un compenso pari al medico di A.P. (cancellare perché comporta un aumento di spesa non consentito dall'attuale normativa nazionale)

5. Il medico di C.A. partecipa alle attività previste nel presente Accordo a livello regionale e aziendale. Per queste attività sono previste quote variabili aggiuntive di compenso analogamente agli altri medici di medicina generale che partecipano a tali attività.

6. Il medico di C.A. partecipa ai Protocolli Applicativi specifici previsti nei piani applicativi proposti dalle Commissioni aziendali/regionali per l'appropriatezza delle prestazioni previste dal presente accordo. Per i medici di Continuità assistenziale tali protocolli devono prevedere il contenimento della spesa farmaceutica anche attraverso progetti di informatizzazione dell'attività effettuata, della promozione e dell'utilizzo del farmaco generico e delle farmacie pubbliche, per l'appropriatezza dei ricoveri, per incrementare l'assistenza domiciliare. Il medico di C.A., partecipa su base volontaria e secondo una graduatoria legata all'anzianità di incarico aziendale di C.A., ai modelli sperimentali di assistenza integrata con la Medicina di famiglia concordati a livello aziendale anche con trasferimento di parte dell'attività oraria dalla fascia notturna a quella diurna feriale.

7. La verifica del raggiungimento degli specifici obiettivi annuali rientra nelle competenze del Comitato ex art 23 che fornirà ai Direttori Generali delle AASSLL ed all'Assessorato alla Sanità le valutazioni per il raggiungimento degli obiettivi e per l'attivazione dei meccanismi sanzionatori previsti dall'ACN vigente.

#### **Art.6 - Competenze delle Aziende (ex-art. 68 ACN)**

1. L'Azienda è tenuta a fornire al presidio di continuità assistenziale i farmaci e il materiale necessari all'effettuazione degli interventi istituzionali previsti dal presente Accordo e dall'ACN per la medicina generale vigente.

2. L'Azienda garantisce che i presidi siano in possesso dei requisiti previsti dalle Linee Guida regionali per l'organizzazione dei presidi SAUT e C.A., delibera DGRC n.10287 del 31.12.1998, BURC n°11 del 22.02.1999 e dalla normativa vigente in materia di sicurezza e di tutela della salute dei lavoratori, ai sensi del D. Lgs 626/94 e s.m.i., di idonei locali, per la sosta e il riposo dei medici, di armadi per la custodia dei farmaci e dei materiali di cui al comma 1 del presente articolo, nonché di servizi igienici e di posto sosta per i mezzi di servizio.

3. L'Azienda è tenuta a fornire ai medici di C.A. che usano il proprio automezzo, un contrassegno con logo della Regione e dell'A.S.L., il distretto o presidio di appartenenza, la targa dell'autovettura e recante la dicitura di "Servizio di Continuità Assistenziale Medico in Servizio Attivo".

4. In relazione a progetti di incremento della intensità delle attività domiciliari, l'Azienda può fornire al singolo presidio telefono cellulare e/o linea dedicata con numero riservato abilitato a chiamate in uscita, controllabili attraverso l'obbligo di registrazione da parte del Medico in Servizio, per il monitoraggio di processi di continuità di assistenza riferibili a pazienti fragili e/o a particolari periodi stagionali o di patologia.

5. Le AA.SS.LL. sono tenute ad elaborare in accordo con le OO.SS. rappresentative e le Associazioni di Difesa del diritto dell'Ammalato, una Carta dei Servizi da esporre presso le sedi di C.A.

I contenuti di tale Carta devono essere riferiti a:

- Indicazione delle prestazioni erogabili
- Gratuità delle prestazioni
- Prestazioni a pagamento
- Fruibilità del Servizio (orari, sedi, numero telefonico)
- Tipologia degli interventi
- Appropriatezza delle richieste

6. Sulla base di specifici accordi aziendali al fine di garantire una corretta erogazione dell'assistenza, una completa integrazione delle figure professionali attori dell'ACN di medicina generale e un'attuazione di progetti di ricerca si prevede in via sperimentale la informatizzazione e l'accesso internet delle sedi di C.A. su tutto il territorio della Regione Campania, con particolare riferimento al collegamento a reti aziendali, regionali, nazionali anche ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti dall'art. 13 bis dell'ACN vigente nonché quelli relativi al patient summary, FSE e processi di dematerializzazione della ricetta. Potrà essere sviluppato in accordo con le OO.SS. firmatarie del presente accordo un software accreditato per la Continuità Assistenziale.

**Art.7 - Sostituzioni e incarichi provvisori (ex-art. 70 ACN)**

1. Entro trenta giorni dalla pubblicazione della graduatoria annuale definitiva di Medicina Generale, il medico interessato, inserito in graduatoria o nelle condizioni previste dalla norma transitoria n. 4 e dalla norma finale n. 5 e al comma 6 dell'art. 70 ACN per la medicina generale vigente, deve comunicare alle AA.SS.LL. di interesse la disponibilità ad accettare incarichi a tempo determinato per la Continuità Assistenziale.

Entro i successivi trenta giorni la A.S.L. provvede a formalizzare con delibera la graduatoria A.S.L. degli aventi diritto a ricoprire incarichi di sostituzione, graduati conformemente alla graduatoria regionale e ai criteri previsti per gli elenchi di cui alla norma transitoria n. 4, alla norma finale n. 5 e al comma 6 dell'art. 70 ACN per la medicina generale vigente.

2. L'Azienda, per sostituzioni superiori a 9 giorni, conferisce l'incarico di sostituzione previo l'accertamento di insussistenza di cause di incompatibilità secondo lo schema dell'allegato "L" ACN per la medicina generale vigente, secondo l'ordine della graduatoria A.S.L. o degli elenchi A.S.L. di cui al comma precedente e nell'ambito di graduatoria ed elenchi con priorità per i medici residenti nel territorio della A.S.L. Tale incarico avrà durata massima sei mesi, ripetibile, esclusivamente per i medici inseriti nella graduatoria regionale vigente, per i medici di cui agli elenchi di cui alla norma transitoria n. 4, alla norma finale n. 5 e al comma 6 dell'art. 70 ACN per la medicina generale vigente gli incarichi saranno attribuiti con una durata che rispetti la priorità di attribuzione ai medici inclusi nella graduatoria regionale secondo le modalità stabilite dal Comitato ex-art. 24.

**Art.8 - Organizzazione della reperibilità (ex-art. 71 ACN)**

1. Entro trenta giorni dalla pubblicazione della graduatoria annuale definitiva di Medicina Generale, il medico interessato, inserito in graduatoria o nelle condizioni previste dalla norma transitoria n. 4, dalla norma finale n. 5 e dal comma 6 dell'art. 70 ACN per la medicina generale vigente, deve comunicare ai Distretti di interesse la disponibilità ad accettare incarichi di reperibilità per la Continuità Assistenziale.

2. Il Distretto individua con le procedure previste al comma 1 del presente articolo i nominativi di tutti quei medici, residenti nei propri Distretti e in subordine nei Distretti confinanti, che abbiano dato la loro disponibilità ad effettuare i turni di reperibilità predetti.

3. Il Distretto conferisce l'incarico di reperibilità previo l'accertamento di insussistenza di cause di incompatibilità secondo lo schema dell'allegato "L" ACN per la medicina generale vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio del Distretto e secondo l'ordine della graduatoria distrettuale ai sensi del comma 1 del presente articolo, ed in subordine con gli elenchi redatte rispettivamente ai sensi della norma transitoria n. 4, della norma finale n. 5 e del comma 6 dell'art. 70 ACN secondo le modalità stabilite dal Comitato ex-art. 24.

**Art.9 - Trattamento economico (ex-art. 72 ACN)**

1. I compensi per ogni ora di attività svolta ai sensi del Capo III del presente Accordo, dell'ACN per la medicina generale vigente e così come previsto dal precedente AIR, sono stabiliti secondo la seguente tabella dalla pubblicazione del presente:

Onorario Professionale	€ 22,46
------------------------	---------

2. Tenuto conto dei compiti di cui al comma 6 art. 5 del presente Capo, di quelli derivanti dalla integrazione nella rete informatica regionale del servizio di CA con conseguente informatizzazione delle sedi nonché in considerazione che la Campania presenta in rapporto il più alto tasso di natalità, ma anche il maggiore tasso di morbilità e mortalità infantile, al fine di razionalizzare massimamente gli interventi non differibili in una fascia di età ad elevato rischio anche tramite una adeguata formazione degli operatori, le parti concordano che ai medici di Continuità Assistenziale è corrisposta, così come già previsto dal precedente accordo regionale, una indennità oraria di € 3,006bra. La corresponsione dell'indennità decorre da quanto previsto dal precedente AIR.

3. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato, spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta dell'Azienda, un'indennità pari al costo di un litro di benzina per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa tipo "kasko" dell'automezzo o una indennità di contributo assicurativo pari a € 0,26/ora.

4. I medici di continuità assistenziale che partecipano al programma A.D.I., così come previsto all'art.5 comma 4, ricevono per ogni accesso effettuato una indennità pari a quella del medico di assistenza primaria.

5. Su tutti i compensi di cui al presente Capo, l'Azienda versa all'ENPAM un contributo previdenziale con le modalità e le percentuali previste al comma 3 dell'art.72 dall'ACN per la medicina generale vigente.

### **Art.10 – Festività speciali**

Ai medici in servizio, nei giorni e negli orari sottoindicati, viene riconosciuto un compenso ulteriore per ora di attività di € 5,00 così come previsto dall'art. 10 del Capo III del precedente AIR :

• 1° gennaio	ore 8,00 – 20,00	e	ore 20,00 – 8,00
• Pasqua	ore 8,00 – 20,00	e	ore 20,00 – 8,00
• Lunedì in Albis	ore 8,00 – 20,00	e	ore 20,00 – 8,00
• 15 Agosto	ore 8,00 – 20,00	e	ore 20,00 – 8,00
• 24 Dicembre	-----		ore 20,00 – 8,00
• 25 Dicembre	ore 8,00 – 20,00	e	ore 20,00 - 8,00
• 31 Dicembre	-----		ore 20,00 - 8,00

### **Art.11 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi (ex-art. 73 ACN)**

1. L'Azienda deve assicurare i medici, che svolgono il servizio di C.A., contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale, espletata ai sensi del presente Accordo, e gli infortuni, eventualmente subiti, in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro.
2. Il contratto è stipulato senza franchigia, per i seguenti massimali:
  - a. € 775.000,00 per morte o invalidità permanente;
  - b. € 52,00 giornaliero per invalidità temporanea assoluta per un massimo di 300 giorni in un anno.
3. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria attività professionale di istituto.
4. Le relative polizze sono stipulate e portate a conoscenza dei sindacati firmatari del presente Accordo.

### **Art.12 - Formazione continua**

1. I Corsi di formazione previsti dall'art 20 dell'ACN vigente sono organizzati obbligatoriamente dalle Aziende per i medici della Continuità Assistenziale con incarico a tempo indeterminato per un orario complessivo annuo di **60 ore**, di cui almeno 20 ore indirizzate all'attività formativa specifica per l'età pediatrica e tutte da organizzarsi al di fuori dell'orario di servizio, come già previsto dal precedente AIR.
2. Gli indirizzi di programma dei suddetti Corsi sono elaborati dal Comitato Aziendale salvo specifici indirizzi regionali condivisi in Comitato ex art. 24
3. Al medico partecipante ai Corsi sono corrisposti i normali compensi previsti dai punti 1 e 2 dell'art.9 del presente Capo.

### **Art.13 – Coordinamento**

1. È oggetto di contrattazione aziendale con le OO.SS. firmatarie del presente Accordo, l'indicazione da parte del Direttore Generale della ASL di un medico con l'incarico di Coordinatore, nei presidi di C.A.
2. Tra i compiti si prevede che il Coordinatore si impegni a:
  - a. mantenere i rapporti tecnico/organizzativi con i Direttori di Distretto;
  - b. predisporre i turni di servizio;
  - c. proporre al Direttore di Distretto azioni per il miglioramento del Servizio;

- d. trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee guida concordate con l'Azienda, sulla condivisione dei progetti aziendali;
  - e. 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.
  - f. nell'ambito della definizione di progetti Aziendali e/o di Distretto relativi ad esperienze di team territoriali e progetti obiettivo, mantenere i rapporti organizzativi con i medici dell'équipe e con i medici partecipanti al progetto obiettivo fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali.
3. Gli incarichi di Coordinatore, conferiti dal Direttore Generale a medici titolari a tempo indeterminato di incarico in continuità assistenziale presso l'Azienda, avranno durata stabilita a livello aziendale e comunque saranno rinnovabili.

#### **Art.14 – Progetti obiettivo**

1. Progetti obiettivo, coerenti con il livello assistenziale proprio delle Cure Primarie e che non rientrano nei compiti propri del servizio di C.A. sono oggetto di contrattazione aziendale con le OO.SS. firmatarie dell'ACN attraverso la definizione dell'impegno e l'individuazione dei compensi aggiuntivi.

2. Quali aree e attività riferibili all'applicazione di progetti obiettivo di cui al comma precedente per la Continuità Assistenziale vengono individuate le seguenti:

- a) Area di sviluppo della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico – terapeutici caratterizzata da:
  - collaborazione del medico di C.A. alla definizione dei criteri e degli standard di qualità del servizio, nonché della appropriatezza diagnostico terapeutica, anche attraverso momenti di revisione della qualità delle attività;
  - condivisione, con il Direttore del Distretto, dei parametri di riferimento della propria attività, per quanto riguarda gli indicatori di risultato attesi, attivando una verifica "in itinere" degli stessi, come da specifici programmi.
- b) Area di assistenza programmata a pazienti fragili.

I Medici di Continuità Assistenziale prendono in carico i pazienti, anche in associazione o in team con i Medici di Assistenza Primaria, secondo i criteri e le metodologie propri dell'Assistenza Primaria, prolungandone l'attività assistenziale nei giorni e nelle ore non proprie del Servizio di Continuità Assistenziale.

In base a questo presupposto essi possono assicurare l'effettuazione di interventi previsti da progetti assistenziali riferiti a:

1. Pazienti in ADI e/o in ADP con le seguenti precisazioni:

- il Medico di Continuità Assistenziale, a completamento del suo intervento in ambito domiciliare, provvede all'aggiornamento del diario clinico con l'indicazione e la compilazione delle variabili (diagnosi, allergie, terapie e ogni altro suggerimento ritenuto opportuno) secondo le specifiche intese formulate nei progetti assistenziali;
- i rapporti fra le figure infermieristiche e/o assistenziali che hanno in carico il caso in ADI ed il Medico di Continuità Assistenziale debbono essere definiti dallo stesso progetto;

2. Ospiti non autosufficienti delle residenze protette con le seguenti precisazioni:

- nell'attività presso le Residenze protette, il Medico di Continuità Assistenziale deve poter disporre dei farmaci in dotazione presso la struttura;
- l'anamnesi e lo schema delle terapie praticate al paziente ospite della struttura protetta devono essere accessibili al Medico di Continuità Assistenziale; di ciascun intervento assistenziale dovrà essere inserita opportuna traccia nella documentazione clinica del paziente.

c) Area di triage di Medicina generale:

L'Azienda può garantire attività ambulatoriali, a rotazione e in orari concordati, erogando esclusivamente prestazioni non differibili (codici bianchi). Tali azioni devono essere finalizzate al conseguimento di una maggiore appropriatezza negli accessi al Servizio di Pronto Soccorso.

Le Aziende ULSS devono pertanto:

- dotare le sedi di apposite aree per l'effettuazione di attività ambulatoriale ad accesso programmato;
- concordare modelli di accesso pianificato al servizio di Continuità Assistenziale.

d) Area Educazione e prevenzione sanitaria

Partecipazione a progetti di educazione alla salute (D.M. del 04/05/2007 pubblicato sulla G.U. n. 117 del 22/05/2007) in qualità di formatori dei Medici di C.A., finalizzata al corretto uso dei farmaci, alla contraccezione, alle tossicodipendenze, corretto uso e modalità di accesso alle figure mediche dell'SSR, attraverso corsi da effettuarsi presso scuole di ogni ordine e grado, fabbriche, uffici, centri sociali, associazioni di volontariato.

**Art.15 - Prestazioni attività aggiuntive**

I medici di continuità assistenziale possono essere utilizzati per prestazioni aggiuntive di cui all'art. 70 del DPR 270/2000 sulla base degli accordi aziendali

**Art.16 - Patrocinio legale per fatti connessi all'espletamento dei compiti di ufficio**

Si rimanda alle norme previste dall'art. 16 del precedente AIR

**Art.17 - Regolamentazione del diritto di sciopero**

In caso di sciopero per i Medici incaricati di Continuità Assistenziale vale tutto quanto specificamente previsto dall'art. 5 del presente accordo.

**Art. 18 – Attività sindacale**

Ai fini previsti dall' art. 4 comma 6 Capo II del presente accordo, il coinvolgimento della rappresentatività della Continuità Assistenziale si realizza mediante attuazione dell'art. 18 Capo III della DGRC n. 2128 del 20.06.2003.

**Art. 19 - Assistenza ai turisti (ex-art.59 ACN)**

1. Sulla base di apposite determinazioni assunte a livello regionale, le Aziende nel cui territorio si trovano località di notevole afflusso turistico possono organizzare – limitatamente al periodo in cui, di norma, si riscontra il maggior numero di presenze giornaliere - un servizio stagionale di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti.
2. Gli incarichi a tal fine conferiti non possono in ogni caso superare la durata di tre mesi.
3. Qualora non vi siano medici in graduatoria, l'Azienda può organizzare il servizio, a completamento del massimale orario, con i medici già convenzionati di continuità assistenziale che si dichiarano disponibili.
4. Il trattamento economico è quello previsto dall'art.9 del presente Capo.

## **CAPO V: REGOLAMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI ROGRAMMATE**

Si fa riferimento alla norma finale 5 dell'ACN vigente.

## **CAPO VI: L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

Nelle more della definizione di uno specifico provvedimento oggetto di un successivo accordo con le OO.SS. rimangono in vigore le norme previste dal precedente Accordo integrativo regionale e dall'Accordo nazionale vigente .

## **CAPO VII: MEDICINA DEI SERVIZI**

### **Art. 1 – Ambito di applicazione**

1. I medici della Medicina dei Servizi sono utilizzati dal S.S.R. per i compiti , le funzioni e le responsabilità previsti per il personale medico dai decreti legislativi 502/92, 517/93, 229/99, dalla L.R. 32/94 e dalla programmazione regionale e aziendale, mantenendo, in ambito regionale, il monte orario storico del comparto Medicina dei Servizi fino alla applicazione di quanto previsto dal comma 1 bis dell'art. 8 del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Ai medici della Medicina dei Servizi, in possesso dei requisiti previsti, la AA.SS.LL. possono conferire incarichi di responsabilità di strutture semplici. Le modalità applicative sono demandate alla contrattazione aziendale.

### **Art. 2 - Progetti obiettivo**

Ai medici della Medicina dei Servizi che partecipano agli Obiettivi Regionali Aziendali e Distrettuali, viene corrisposto un compenso equivalente a quello previsto per il personale medico dipendente con pari anzianità di incarico. Tale quota deve essere corrisposta in riferimento all'orario settimanale nella frazione oraria relativa all'incarico del medico.

### **Art. 3 – Aggiornamento professionale**

L'aggiornamento dei medici della Medicina dei Servizi si svolge secondo quanto previsto dall' art. 3 Capo II del presente Accordo.

### **Art. 4 - Reperibilità**

Qualora il medico della Medicina dei Servizi operi in UU. OO. in cui è attivato l'istituto della pronta disponibilità, la stessa dovrà essere assicurata con le stesse modalità e con lo stesso compenso previsto per il personale dipendente di pari anzianità di incarico.

**Art.5 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi e patrocinio legale**

Si rimanda alle norme previste dall'art. 5 allegato N del precedente AIR

**Art. 6 – Trasferimenti**

Il trasferimento dei medici tra Aziende o Enti della stessa Regione o di Regioni diverse, può avvenire a domanda del medico previo nulla osta delle Aziende interessate.

**Art. 7 – Comando**

Per comprovate esigenze di servizio la A.S.L. , solo in presenza del formale assenso del medico interessato, può disporre il comando del medico di MdS, presso Aziende o Enti del Servizio sanitario nazionale o regionale.

**Art. 8 - Prestazioni aggiuntive**

Il medico della Medicina dei servizi, per necessità legate ad esigenze lavorative, può svolgere prestazioni aggiuntive il cui compenso è negoziato a livello aziendale

**Art. 9 – Attività fiscali e ispettive**

I medici della Medicina dei Servizi titolari anche di rapporto convenzionale per l'assistenza primaria possono svolgere attività ispettive e fiscali solo al di fuori del proprio ambito di scelta.

**Art. 10 – Mobilità**

I trasferimenti di ufficio sono normati dall'art. 79 dell'ACN vigente e avvengono nel rispetto dei criteri generali in materia di mobilità concordati a livello aziendale con le OO.SS. maggiormente rappresentative.

**Art. 11 - Aumenti di orario**

L'Azienda può procedere ad aumenti di orario secondo le modalità previste dall'art. 76 dell'ACN vigente.

**Art.12 – Trattamento economico**

1. I MdS, così come previsto dalla DGRC n. 2128 del 20.06.2003, possono partecipare a Protocolli operativi specifici previsti dalla attivazione di percorsi di appropriatezza attivati nelle singole Aziende, secondo le modalità previste dall'art. 8 Capo III del presente Accordo.

2. Per questi compiti al MdS è riconosciuta un compenso aggiuntivo di 2 euro per ogni ora di attività da corrispondere mensilmente. La corresponsione di tale compenso, già previsto dal precedente AIR a partire dal 1° Ottobre 2003, continuerà ad essere corrisposta dalla data di pubblicazione del presente accordo.

3. La verifica del raggiungimento degli specifici obiettivi annuali rientra nelle competenze del Comitato ex art 23

**Art.13 – Attività sindacale**

Si rimanda alle norme previste dall'art. 13 allegato N del precedente AIR



## Norme Finali

### Norma finale n. 1

A tutti gli emolumenti ed indennità previste nel presente Accordo si applica quanto previsto dall'art. 60 dell'ACN vigente "Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia" e per i Medici dei Servizi si applica l'art. 85 dell'ACN vigente;

Gli effetti normativi ed economici del presente Accordo decorrono dalla data di pubblicazione sul BURC; il presente Accordo è valido fino all'entrata in vigore del successivo AIR.

Per tutto quanto non contemplato dal presente Accordo è fatto riferimento all'ACN vigente

### Norma finale n. 2

I sindacati firmatari dell'ACN devono essere convocati preventivamente dalla Regione e/o dalle Aziende per qualsiasi iniziativa di progettualità, programmazione e organizzazione e/o per qualsiasi progetto obiettivo regionale o aziendale che incidano sulle attività della medicina generale (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza territoriale, medicina dei servizi).

### Norma finale n. 3

La popolazione cui deve farsi riferimento a livello regionale o aziendale nel presente Accordo è quella dei "Dati ISTAT" dell'anno preso in considerazione a cui si deve sottrarre la popolazione di età di esclusiva pediatrica (da 0 a 6 anni).

### Norma finale n. 4

La Continuità Assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali di cui agli art. 25 e 26 ter e secondo quanto disposto dall'art. 67 dell'ACN vigente. Sulla base della programmazione delle attività distrettuali, le Aziende inseriscono a domanda, e previa graduatoria formulata in base all'anzianità di servizio, medici di Continuità Assistenziale, senza altri rapporti di lavoro compatibili, nelle attività distrettuali con incremento dell'impegno orario settimanale fino alla concorrenza del massimale orario di 38 ore. Il trattamento economico è quello previsto all'art. 9 Capo III del presente Accordo, con aggiunta del rimborso spese chilometrico in misura uguale al personale dipendente per attività svolte in comune diverso da quello del presidio di appartenenza.

### Norma finale n. 5

I medici di assistenza primaria possono svolgere funzioni medico-legali per conto dell'Azienda Sanitaria limitatamente agli ambiti territoriali di scelta non coincidenti con quello dove svolge l'attività di medico convenzionato.

### Norma finale n. 6

Ai sensi del presente Accordo il medico di assistenza primaria non può esercitare l'attività di medico di assistenza primaria in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale come definito all'ex-art.36 del ACN vigente, fatti salvi gli studi di assistenza primaria già autorizzati dalla ASL ai sensi dell'art.22 DPR 270/2000.

## Norma finale n. 7

Al fine di favorire l'espletamento delle visite domiciliari da parte del medico di A.P. nelle aree urbane ad elevata densità abitativa e di traffico, le AA.SS.LL. promuovono opportune iniziative, che consentano, l'adozione, da parte dei Comuni, così caratterizzati, di misure idonee a consentire comunque al medico in visita la sosta temporanea in prossimità del domicilio del paziente.

## Norma finale n. 9

Ove, in corso di validità del presente Accordo, intervengano normative nazionali o regionali, che ne modificano l'applicabilità, le parti concordano la riapertura del tavolo di trattativa per le opportune modifiche e/o integrazioni.

~~Norma finale n. 10~~

~~Anche per le Società Scientifiche e Professionali della Medicina Generale valgono le norme previste dall'art. 22 comma 8 in ordine alla riscossione delle quote sociali annuali~~

## Norma finale n. 11

Il Comitato ex art 24 è sede di osservazione del presente accordo ed effettua il monitoraggio dello stesso con cadenza semestrale. La corretta applicazione dello stesso, la verifica dei servizi erogati e la qualità degli stessi rientrano nelle competenze delle singole AASSLL.

Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni interpretative ed applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, etc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali del presente Accordo siano demandati al Comitato ex-art. 24

## Norma Finale n.13

Le parti firmatarie del presente Accordo concordano la necessità di definire percorsi condivisi, finalizzati allo sviluppo di un software gestionale unico fornito a tutti i MMG a titolo gratuito dalla Regione Campania, allo scopo di ottimizzare lo standard dei flussi sull'intero territorio regionale funzionali a quelli di cui al presente accordo e alla semplificazione dei futuri processi di ICT.

## Norma finale n. 14

Per la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati di medicina generale che optarono per il tempo pieno nel 1992 ai sensi della L. 412/91, si rimanda a quanto normato dalla DGRC n. 670 dell'8 ottobre 2010 BURC n. 70 del 25 ottobre 2010

## Norma Finale n. 15

I medici di continuità assistenziale titolari di rapporto a tempo indeterminato che siano anche incaricati in attività orarie aggiuntive distrettuali conservano tale attività in deroga a quanto previsto dall'ACN vigente all'art. 63, comma 2, fino a che le singole situazioni soggettive restino immutate e/o non insorgano eventuali nuovi assetti organizzativi.

## Norma finale n. 16

Si rinvia alla Norma Finale n. 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e ss.mm.ii.

Norma finale n. 17

Sono confermate le zone disagiate di Assistenza Primaria definite ai sensi dell'ex-art. 76 AIR 2003 fino a ridefinizione dei criteri da formularsi dal Comitato ex-art. 24

**PARTI FIRMATARIE:**

**SINDACATI:**

**FIMMG:**

Dr. Federico IANNICELLI \_\_\_\_\_

**SNAMI:**

Dr. Giorgio MASSARA \_\_\_\_\_

**SMI:**

Dr. Antonio MIGNONE \_\_\_\_\_

**INTESA SINDACALE**

**(CISL MEDICI – SIMET – SUMAI – CGIL)**

Dr. Pasquale Mario SPERANZA \_\_\_\_\_

Dr. Salvatore TORRE \_\_\_\_\_

Dr. Giosuè DI MARO \_\_\_\_\_

Dr. Saverio ANNUNZIATA \_\_\_\_\_

**PARTE PUBBLICA:**

Dr. Mario MORLACCO \_\_\_\_\_

Dr. Albino D'ASCOLI \_\_\_\_\_

Dr. Antonio POSTIGLIONE \_\_\_\_\_

Dr. Aurelio BOUCHE' \_\_\_\_\_

Dr.ssa Maria Giovanna FIUME \_\_\_\_\_

Dr.ssa Tiziana SPINOSA \_\_\_\_\_


DESCRIZIONE
FRAGILITA' ANA
FRAGILITA' SAN
DIABETOLOGICHE ANA
DIABETOLOGICHE SAN
IPERTENSIONE ANA
IPERTENSIONE SAN
RESPIRATORIE ANA
RESPIRATORIE SAN


**SCHEDA ANAGRAFICA**

DESCRIZIONE CAMPO	TIPO	LUNGHEZZA	DA POSIZ.	A POSIZ.	RICHIESTO	Note
Regione di riferimento	AN	3	1	3	OBB	Riempire con "150"
Azienda ASL inviante	AN	3	4	6	OBB	Riempire con "204"
Codice fiscale Medico	AN	16	7	22	OBB	
Distretto di appartenenza del Medico	AN	5	23	27	OBB	Codice Distretto ASL
Cognome dell'assistito	AN	40	28	67	OBB	
Nome dell'assistito	AN	40	68	107	OBB	
Data di nascita dell'assistito	N	8	108	115	OBB	GGMMAAAA
Sesso dell'assistito	N	1	116	116	OBB	1 = Maschio, 2 = Femmina
Istat Comune di Nascita Assistito	N	6	117	122	OBB	
Codice fiscale assistito o codice STP o ENI	AN	16	123	138	OBB	
Campo vuoto	AN	93	139	231	OSP	
Istat Comune di Residenza Assistito	AN	6	232	237	OBB	
Indirizzo di Residenza	AN	50	238	287	OBB	
* Periodo di Riferimento	N	6	288	293	OBB	AAAAMM
* Codice medico prescrittore	AN	6	294	299	OBB	999999
* Numero Scheda	Numerico	8	300	307	OBB	Inserire un progressivo, gestito dal medico, univoco per l'anno di riferimento

\* Identificativo scheda

SCHEDA DIABETOLOGICA

DESCRIZIONE CAMPO	Tipo	Posizione	Lunghezza	CODICE	NOTE
Fumo	N	n. 3 del 12 Gennaio 2015	1	OBB	Indicare 2 per  Atti della Regione e;
Tipo diabete	N	2	1	OBB	Indicare 1 per diabete di tipo 1; 2 per diabete di tipo 2; 3 per diabete secondario ad eziologia nota; 0=non registrato
Gestione	N	3	1	OBB	Indicare: (0=non registrato)
					1 se seguito da CAD Pubblico;
					2 se seguito da CAD Privato;
					3 se seguito da MMG;
					4 se seguito da CAD Pubblico -MMG ;
					5 se seguito da CAD Privato-MMG;
6 se seguito in ASL diversa da Napoli 1					
Terapia 1 farmaco	N	4	1	OBB	Indicare: (0=non registrato)
					1 se SOLO DIETA;
					2 se TERAPIA INSULINICA;
					3 se INCRETINE
					4 se METF.;
					5 se SULF;
					6 se GLINIDI;
					7 se ACARBOSE;
					8 se GLITAZONI;
9 se ASS. PRECOST.					
Terapia 2 farmaco	N	5	1	OBB	Indicare: (0=non registrato)
					1 se SOLO DIETA;
					2 se TERAPIA INSULINICA;
					3 se INCRETINE
					4 se METF.;
					5 se SULF;
					6 se GLINIDI;
					7 se ACARBOSE;
					8 se GLITAZONI;
9 se ASS. PRECOST.					
Ipertensione Arteriosa	N	6	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Dislipidemie	N	6	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Cardiopatía Ischemica	N	7	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Vasculopatia Cerebrale	N	8	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Arteriopatia periferica	N	9	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Retinopatia Diabetica	N	10	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Nefropatia Diabetica	N	11	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Neuropatia Diabetica	N	12	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Piede Diabetico	N	13	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Distrofie Cutanee	N	14	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
Statine	N	15	1	OBB	Indicare:
					missing=non registrato
					1 se Assente;
					2 se Presente

Antiper	BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA	N	16 n. 3 del	1 12 Gennaio	OBB 2015	Indicare:
						missing=non registrato
						PARTE I  Atti della Regione
Antiaggreganti		N	17	1	OBB	Indicare:
						missing=non registrato
						1 se Assente; 2 se Presente
Altro		AN	18	79	OBB	Campo a testo libero per indicare eventuali problematiche non contemplate.
Dosaggio HB GLICATA		N	97	4	OBB	Indicare il valore registrato in cartella clinica nel semestre precedente la data di compilazione della scheda (Il valore va indicato con un decimale e la virgola con allineamento a destra es. 10,9 oppure 09,7 ).
Data rilevamento Dosaggio HB GLICATA		N	101	8	OBB	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.
LDL		N	109	3	OBB	Indicare il valore registrato in cartella clinica nel semestre precedente la data di compilazione della scheda (Il valore va indicato come intero a tre cifre es: 095 oppure 103).
Data rilevamento LDL		N	112	8	OBB	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.
Circ.Addominale in centimetri		N	120	3	OBB	Indicare il valore registrato in cartella clinica nel semestre precedente la data di compilazione della scheda (Il valore va indicato come intero a tre cifre arrotondato senza decimali es: 095 oppure 103).
Data rilevamento circ add		N	123	8	OBB	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.
Data Piano Terapeutico per Presidi		N	131	8	OBB	Indicare la data di rilascio del Piano terapeutico attivo nel formato ggmmaaaa.
Data revisione Piano Terapeutico		N	139	8	NOBB	Indicare l'ultima data in caso di revisione del Piano terapeutico nel formato ggmmaaaa.
* Periodo di Riferimento		N	147	6	OBB	AAAAMM
* Codice medico prescrittore		AN	153	6	OBB	999999
* Numero Scheda		N	159	8	OBB	Inserire un progressivo, gestito dal medico, univoco per l'anno di riferimento

\* Identificativo scheda

## SCHEDA FRAGILITA'

Descrizione campo	Tipo	posizione	Lungh.	Codice	Note
Il cittadino vive	N	1	1	OBB	1 - DA SOLO
					2 - PARENTI
					3 - BADANTE
					4 - SERVIZI SOCIALI
					5 - ASSISTITO
					6 - CONVIVENTE
					7 - VICINI
					9 - ALTRO
					Fumo
Alcol	N	3	1	OBB	1 - SI (SALTUARIO)
					2 - SI (MODERATO)
					3 - SI (ABUSO)
					4 - NO
Attività fisica continuativa	N	4	1	OBB	1 - SI 2 - NO
camminare per almeno 2 Km	N	5	1	OBB	1 - SI 2 - NO
nuotare	N	6	1	OBB	1 - SI 2 - NO
andare in bicicletta	N	7	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Altro	N	8	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Sensorio e comunicazione punteggio totale	N	10	2	OBB	DA 0 A 10 - NULL = 99
Mobilità (indice di Barthel)	N	12	2	OBB	DA 0 A 40 - NULL = 99
Situazione funzionale punteggio di Barthel	N	14	2	OBB	DA 0 A 60 - NULL = 99
Incontinenza urinaria	N	16	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Incontinenza fecale	N	17	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Altezza	N	18	3	OBB	IN CM
Peso	N	21	1	OBB	1 - NORMOPESO
					2 - SOVRAPPESO
					3 - OBESO
malattia cerebrovascolare	N	22	1	OBB	1 - SI 2 - NO
malattia cardiovascolare	N	23	1	OBB	1 - SI 2 - NO
broncopneumopatia cronica	N	24	1	OBB	1 - SI 2 - NO
malattia mentale	N	25	1	OBB	1 - SI 2 - NO
neoplasie	N	26	1	OBB	1 - SI 2 - NO
malattia dismetabolica	N	27	1	OBB	1 - SI 2 - NO
insufficienza renale cronica	N	28	1	OBB	1 - SI 2 - NO
insufficienza epatica	N	29	1	OBB	1 - SI 2 - NO
altra patologia	N	30	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Diuretici	N	31	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Betabloccanti	N	32	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Calcio-antagonisti	N	33	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Anticoagulanti, antiaggreganti	N	34	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antidiabetici	N	35	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antidislipidemic	N	36	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antipsicotici	N	37	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antidepressivi	N	38	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antiepilettici	N	39	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antiparkinsoniani	N	40	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Cortisonici	N	41	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Ormoni Tiroidei	N	42	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Assistenza infermieristica	N	43	1	OBB	1 - NON NECESSITA DI ASSISTENZA
					2 - BASSA ASSISTENZA
					3 - ALTA ASSISTENZA
Condizioni sociali	N	44	1	OBB	1 - IDONEE 2 - NON IDONEE



* Periodo di riferimento	N	45	6	OBB	Formato AAAAMM
* Codice regionale prescrittore	N	51	6	OBB	999999
* Numero scheda	N	57	8	OBB	Inserire un progressivo, gestito dal medico, univoco per l'anno di riferimento.

\* Identificativo scheda

DESCRIZIONE CAMPO	Tipo	Posizione	Lunghezza	CODICE	NOTE
Numerico	N	1	4	OBB	numero assistiti del medico
ICD9	AN	5	5	OBB	codice ICD9 revisione min 2002 categoria estesa senza punto sez.D; 99999=non registrato
Fumo	N	10	1	OBB	Indicare 2 per paziente non fumatore; 1 per paziente fumatore; 9 non registrato)
BMI	N	11	2	OBB	valore arrotondato all'unità (99 = non registrato)
PA più elevata registrata nel semestre	N	13	6	OBB	es: 170085 (sistolica prime 3 cifre diastolica seconde 3 cifre) 999999 = non registrato
PA più bassa registrata nel semestre	N	19	6	OBB	es: 170085 (sistolica prime 3 cifre diastolica seconde 3 cifre) 999999 = non registrato
LDL	N	25	3	OBB	Indicare: valore intero; 999 = non registrato
CREATININA	N	28	3	OBB	Indicare: valore con 1 decimale moltiplicato 10 es: 2,4=24 (0 = non registrato)
ECG nell'anno	N	31	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
ACCERTAMENTI	N	32	1	OBB	Indicare: 1 se ha effettuato nei 12 mesi precedenti almeno dosaggio di colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia, creatininemia, potassiemia, glicemia, esame urine - 9 = NON EFFETTUATO
RCCV (ISS)	AN	33	3	OBB	indicare solo la parte decimale, in pratica moltiplicando per 1000 il valore percentuale 4,1%=041 (0 = dato non registrato)
RICOVERI NEI 6 Mesi preced.	N	36	1	OBB	Indicare: NUMERO - missing=non registrato
DIURETICO	N	37	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
CALCIOANTAGONISTA	N	38	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
BETABLOCCANTE	N	39	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
ALFABLOCCANTE	N	40	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
ACEINIBITORE	N	41	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
SARTANICO	N	42	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
CLONIDINA	N	43	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
ASS. ACEINIB+DIURETICO	N	44	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
ASS. SARTANICO+DIURETICO	N	45	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
STATINE	N	46	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
acc.cerebrovascolari maggiori nell'anno	N	47	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: sì) = 1
* Periodo di Riferimento	N	48	6	OBB	AAAAMM
* Codice medico prescrittore	AN	54	6	OBB	999999
* Numero Scheda	N	60	8	OBB	Inserire un progressivo, gestito dal medico, univoco per l'anno di riferimento

\* Identificativo scheda

## SCHEDA MALATTIE RESPIRATORIE (ICD-9 cod. 464.XX - 465.XX - 493.XX)

DESCRIZIONE CAMPO	TIPO	Posizione	Lunghezza	CODICE	NOTE
Assistiti	N	1	4	OBB	numero assistiti del medico
ICD9	AN	5	5	OBB	codice ICD9 revisione min 2002 categoria estesa senza punto sez.D; 0=non registrato
familiarita	N	10	1	OBB	registr.dato familiarità per asma rinite allergica, dermatite atopica. Indicare 1 se è stata registrata una familiarità positiva, 2 se è registrata una familiarità negativa; 0=missing
spirometria	N	11	1	OBB	Indicare 1 se è stata effettuata una spirometria nei 6 mesi precedenti la compilazione della scheda
registrazione FEV/PEF	N	12	1	OBB	indicare 1 se è stato registrato il dato FEV1 e PEF; 0=missing
Livello	N	13	1	OBB	livello di gravità di asma secondo linea guida GINA (indicare 1 - 2 - 3 - 4) 0=missing
ricoveri	N	14	2	OBB	indicare il numero di ricoveri nei 6 mesi precedenti la compilazione della scheda per malattie respiratorie
riacutizzazioni	N	16	2	OBB	N. di riacutizzazioni nel semestre precedente la compilazione della scheda
terapia	N	18	1	OBB	indicare 1 se in terapia con B2 agonisti al bisogno
					indicare 2 se in terapia solo con B2 agonisti long acting
					indicare 2 se in terapia con B2 agonisti al bisogno + Glucorticoidi inalatori come farmaci di fondo
					indicare 3 se in terapia con Glucocorticoidi inalatori + B2 agonisti long acting
					indicare 4 se in terapia con B2 agonisti + atileucotrienici
					indicare 5 se in terapia con B2agonisti+ antileucotrienici + glucocorticoidi
					indicare 6 se ha fatto almeno un ciclo di antibioticoterapia nei 6 mesi precedenti la compilazione della scheda
					indicare 7 se ha effettuato terapia con cortisonici per os
					indicare 8 se ha effettuato terapia aereosolica
indicare 9 se ha effettuato terapia con IBUPROFENE					
Decesso	N	19	1	OBB	indicare 1 se deceduto nel semestre precedente 0=missing
* Periodo di Riferimento	N	20	6	OBB	AAAAMM
* Codice medico prescrittore	AN	26	6	OBB	999999
* Numero Scheda	N	32	8	OBB	Inserire un progressivo, gestito dal medico, univoco per l'anno di riferimento

\* Identificativo scheda