



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 07-05-2018 (punto N 16)

Delibera N 488 del 07-05-2018

Proponente
STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)
Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI
Estensore GONARIA MULA
Oggetto

Approvazione dello schema di Accordo regionale per la continuità assistenziale in applicazione dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 29 luglio 2009

Presenti
ENRICO ROSSI VITTORIO BUGLI VINCENZO CECCARELLI
STEFANO CIUOFFO FEDERICA FRATONI CRISTINA GRIECO
MARCO REMASCHI STEFANIA SACCARDI MONICA BARNI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
1	Si	Cartaceo+Digitale	accordo regionale continuità assisten

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., recepito con atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni del 29 luglio 2009, vigente per la parte normativa (di seguito ACN/2009);

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., recepito con atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni del 8 luglio 2010, ad integrazione del quadro normativo dell'ACN/2009 (di seguito ACN/2010);

Rilevato che l'art. 4 "Livelli di contrattazione", al comma 4 dell'ACN/2010 rimanda al livello di negoziazione regionale la definizione di obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale;

Vista la Deliberazione G.R. n. 1231/2012 ad oggetto "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.: approvazione schema di Accordo Regionale ai sensi degli art. 4, 14 e 13-bis ACN/2009" (di seguito AIR/2012);

Rilevato che nel suddetto AIR/2012, in particolare, sono definiti obiettivi, compiti, criteri di composizione e caratteristiche delle AFT specificando le modalità per l'ingresso nelle stesse dei medici di continuità assistenziale;

Considerato che, in attuazione di quanto previsto dall'AIR/2012, in Regione Toscana sono ormai da anni operative le AFT che riuniscono tutti i medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale della Toscana;

Vista la Deliberazione GR n. 726/2012 "DGR 1231/2012: approvazione schema Preaccordo Continuità assistenziale";

Vista la Deliberazione GR n. 1255/2017 recante: "Approvazione schema di accordo regionale con la Medicina Generale in merito all'organizzazione assistenziale nella giornata del sabato";

Valutata l'opportunità di procedere all'aggiornamento dei vigenti strumenti contrattuali di livello regionale per la disciplina della Continuità assistenziale al fine di:

- contestualizzare il ruolo della C.A. nella realtà attuale delle AFT, implementandone e valorizzandone il ruolo nell'ottica di una funzione non solo prestazionale ma mirata alla presa in carico integrata degli assistiti all'interno della AFT, nell'ambito della prevenzione e gestione delle riacutizzazioni;
- reinquadrare la parte accessoria della remunerazione in attività e compiti che tendano allo sviluppo di questo ruolo rinnovato;

Visto l'art. 24 dell'ACN/2009 che stabilisce che in ciascuna Regione sia istituito un comitato permanente regionale preposto, tra l'altro, alla definizione degli accordi regionali;

Visto il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 37 del 22 marzo 2010 che costituisce il Comitato regionale per la medicina generale di cui all'art. 24 dell'ACN/2009;

Preso atto che sono state attivate, nell'ambito Comitato Regionale per la Medicina Generale, le trattative con le Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'ACN/2010, FIMMG, SNAMI, SMI e Intesa Sindacale;

Preso atto della riunione del comitato regionale di medicina generale tenutasi il 5 aprile 2018 alla quale hanno partecipato i rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali firmatarie degli accordi collettivi nazionali Fimmg, Snam, SMI e il delegato dell'Assessore al Diritto alla Salute supportato dalla delegazione di parte pubblica;

Visto lo schema di "Accordo Integrativo Regionale per la continuità assistenziale in applicazione

dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 29.07.09", come riportato all'Allegato 1 del presente provvedimento, condiviso dal Comitato Regionale per la Medicina Generale nella riunione del 5 aprile 2018;

Preso atto dello schema di "Accordo Integrativo Regionale per la continuità assistenziale in applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 29 luglio 2009" di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, predisposto, a seguito delle trattative sopra richiamate, dal Comitato Regionale per la Medicina Generale;

Valutato di accogliere la suddetta proposta del Comitato Regionale relativa allo schema di accordo di cui agli allegati 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, come approvata dalla rappresentanza di parte pubblica e dalle Organizzazioni Sindacali nella seduta del 5 aprile 2018;

Precisato che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, in quanto, le risorse destinate alla sua attuazione sono ricomprese nell'ambito del Fondo sanitario indistinto regionale e, come tali, nella quota di tale fondo prevista già ordinariamente e annualmente assegnata alle singole Aziende USL;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare lo schema di "Accordo Integrativo Regionale per la Continuità assistenziale in applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 29.07.09" di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, predisposto dal Comitato Regionale per la Medicina Generale;

2. di precisare che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, in quanto, le risorse destinate alla sua attuazione sono ricomprese nell'ambito del Fondo sanitario indistinto regionale e, come tali, nella quota di tale fondo prevista già ordinariamente e annualmente assegnata alle singole Aziende USL.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 18 della L.R. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
LORENZO ROTI

IL DIRETTORE
MONICA CALAMAI

Schema di Accordo Regionale per la Continuità Assistenziale in applicazione dell'ACN dei Medici di Medicina Generale 29 luglio 2009

1. Quadro di riferimento	1
2. Decorrenza e durata dell'Accordo.....	2
3. AFT di appartenenza	2
4. Ruolo del medico di Continuità Assistenziale.....	3
5. Costituzione fondo unico regionale ed aziendale	4
6. Organizzazione dell'attività e sede di servizio	4
7. Referenti di sede di CA dell'AFT	5
8. Accordi Attuativi Aziendali (AAA).....	6
9. Obblighi convenzionali, compiti del medico e copertura del servizio.....	7
10. Ricezione chiamate e registrazione delle prestazioni	9
11. Assicurazione auto e identificazione mezzo	9
12. Informatizzazione	10
13. Rapporti con l'Azienda Sanitaria	10
14. Mobilità intra e interaziendale.....	10
15. Incarichi temporanei	10
16. Sospensione parziale dell'attività convenzionale e inabilità allo svolgimento dei compiti	12
17. Diritti sindacali	12
18. Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione	13
19. Attività continuativa	13
20. Formazione	13
21. Prestazioni aggiuntive	14
22. Visite della continuità assistenziale ai non residenti e non domiciliati in Toscana.....	14
23. Assistenza ai turisti.....	14
Allegato A – Registro delle prestazioni.....	17
Allegato B - Reportistica mensile.....	18
Allegato C – Scheda clinica.....	19

1. Quadro di riferimento

A distanza di cinque anni dalla firma del vigente AIR della Medicina Generale (DGR 1231/12) e nelle more del rinnovo dell'ACN, la Regione Toscana e le OO.SS. della Medicina Generale intendono con il presente accordo porre le basi per un nuovo sviluppo del ruolo della Continuità Assistenziale (CA), in attesa del ruolo unico e di tutte le modifiche contrattuali che ne scaturiranno.

Questo passaggio appare infatti opportuno dal momento che in Regione Toscana sono ormai da anni operative le Aggregazioni Funzionali della Medicina Generale (AFT), che riuniscono tutti i medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale della Toscana. Se, nel corso dei primi anni, le AFT hanno operato principalmente per integrare i medici di AP che le compongono e gli stessi con l'Azienda, nel corso degli anni più recenti è cresciuto anche il lavoro di integrazione con i medici di CA. Con la riorganizzazione del SSR, in attuazione

della L.R. 84/15 e s.m.i., il processo di rinnovamento si è poi accelerato in virtù dello sviluppo progressivo di Accordi Attuativi Aziendali (AAA) che hanno la finalità di omogeneizzare comportamenti, obiettivi e progetti nell'ambito delle tre Aziende USL toscane.

Per questi motivi, si condivide la necessità di procedere ad una ricontestualizzazione della Continuità Assistenziale nella realtà attuale delle AFT e nell'ottica del ruolo unico in MG. A tal fine, col presente Accordo si forniscono gli strumenti contrattuali aggiornati che consentono di implementare e valorizzare il ruolo della CA tendendo ad una funzione non solo prestazionale, ma mirata alla presa in carico integrata all'interno della AFT, nell'ambito della prevenzione e gestione delle riacutizzazioni.

E' necessario, inoltre, reinquadrare la parte accessoria della remunerazione in attività e compiti che tendano allo sviluppo di questo ruolo rinnovato.

2.Decorrenza e durata dell'Accordo

1.Il presente accordo regionale decorre dal primo giorno del mese successivo alla data di approvazione da parte della Giunta Regionale della delibera di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

2.Il presente accordo ha durata fino all'entrata in vigore di un nuovo accordo regionale.

3.AFT di appartenenza

1. Ai sensi del vigente ACN, della L. 189/2012, dell'AIR della Medicina Generale di cui alla DGR 1231/12 e del preaccordo con la Continuità Assistenziale di cui alla DGR 726/13, ciascun medico di continuità assistenziale toscano appartiene ad una AFT.

2. I medici di CA titolari di un rapporto di convenzione a tempo indeterminato al 30.09.13, sono stati assegnati alle AFT in base alle procedure della DGRT 726/13; i medici entrati nel ruolo successivamente sono stati inseriti secondo le medesime regole come di seguito richiamate:

- Il medico con doppio rapporto convenzionale è sempre assegnato alla AFT in cui esercita l'assistenza primaria;

- Il medico titolare di convenzione per la sola CA è assegnato automaticamente alla AFT di riferimento della sede di lavoro;

- Laddove il monte orario della sede sia suddiviso fra più AFT, il medico è assegnato all'AFT dove si è verificata la carenza oraria.

3. Il medico di CA può essere eletto coordinatore di AFT.

4. Al fine di favorire il confronto tra pari, la condivisione di linee guida, di percorsi diagnostici terapeutici e la valutazione e la discussione dei dati di attività, i medici di CA partecipano:

- ad attività formative integrate con i Medici di Medicina Generale a rapporto di fiducia, di cui all'articolo 21 del presente accordo;

- alle riunioni e audit di AFT.

5. Il medico di CA concorre agli obiettivi attribuiti alla AFT di riferimento.

4. Ruolo del medico di Continuità Assistenziale

1. Il medico di CA, alla luce del presente accordo e dell'art. 62 del vigente ACN, è tenuto a:

a) assicurare le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio;

b) collaborare con i medici di assistenza primaria della AFT di assegnazione per la gestione dei pazienti polipatologici e complessi (questi ultimi appartenenti al target A della sanità d'iniziativa) con interventi territoriali o domiciliari nei giorni non coperti dal medico di A.P. La necessità di tali interventi, di carattere programmato, viene definita dal medico di fiducia del paziente. Il curante contatta il coordinatore della AFT, che raccoglie le necessità di accessi programmati. In caso di necessità, in rapporto all'impegno in sede del medico di CA, gli accessi programmati potranno essere effettuati durante il normale orario di servizio oppure in orari dedicati attuando quanto previsto all'art. 65, comma 2, del vigente ACN, che prevede la possibilità di attribuire ulteriori 4 ore, diurne e collegate anche con prestazioni aggiuntive, ai medici titolari di incarico a 24 ore che esercitano l'attività in forme associative funzionali, quali le AFT. Tale orario, attivabile solo nei giorni di competenza della CA, e per i medici che non abbiano raggiunto il tetto massimo di attività settimanale tenendo conto sia del rapporto orario che di quello di fiducia, viene remunerato secondo il trattamento economico di cui all'art. 72 dell'ACN. Nel caso in cui le prestazioni vengano erogate nel normale orario di servizio, la prestazione è remunerata con un compenso omnicomprensivo pari a €18,90, come previsto dall'ACN in vigore per le visite dei pazienti in assistenza domiciliare. Le modalità organizzative di dettaglio vengono approvate in comitato aziendale. A livello aziendale, è possibile attivare per tali pazienti percorsi di diagnostica ed esami ematici in urgenza e anche in raccordo con il servizio infermieristico territoriale.

Al fine di garantire il necessario scambio di informazioni cliniche su questi pazienti, i medici di assistenza primaria e i medici di continuità assistenziale, attraverso il Dipartimento della Medicina Generale, definiscono con la Direzione Aziendale modalità di condivisione delle informazioni cliniche e assistenziali impegnandosi anche a consultare il FSE sulla base delle funzionalità ad oggi disponibili. Per gli eventuali oneri collegati all'adeguamento dei sistemi informatici per il collegamento in rete delle AFT tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale, si fa riferimento a quanto previsto dalla DGR 474/14.

2. Oltre ad implementare l'integrazione fra medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale sul singolo caso clinico, è necessario prevedere una occasione strutturata di confronto all'interno della AFT. A tal fine, si prevede che il coordinatore dell'AFT programmi almeno 5 riunioni di AFT nelle giornate del sabato mattina, finalizzate in particolare a sviluppare azioni per la promozione e l'adesione ai percorsi assistenziali, il monitoraggio dell'andamento della gestione delle patologie croniche in sanità d'iniziativa e una migliore compliance del paziente alle terapie, come già previsto dalla DGR 1255/17. Il programma degli incontri viene trasmesso al direttore del Dipartimento della Medicina Generale per opportuna conoscenza e verifica.

5. Costituzione fondo unico regionale ed aziendale

1. Con il presente accordo cessa l'erogazione dei fondi e delle indennità previste dai precedenti accordi regionali per la CA e non specificamente richiamate nel presente accordo.

2. Le quote relative ai fondi ed alle indennità cessate vanno a costituire un fondo unico, regionale ed aziendale, che viene riallocato con la presente rinegoziazione a partire dal primo giorno del mese successivo alla data di approvazione da parte della Giunta Regionale della delibera di recepimento dello stesso. Sia il fondo unico regionale che quello aziendale saranno monitorati a livello regionale.

3. Il fondo unico regionale è così costituito:

a. volume economico erogato nell'anno di competenza 2017 secondo le previsioni dell'AIR 2008 per l'indennità di cui all'articolo 28 dello stesso AIR;

b. volume economico erogato nell'anno di competenza 2017 secondo le previsioni dell'AIR 2008 per l'indennità di cui all'articolo 29 dello stesso AIR.

Il fondo è destinato a coprire per la quota parte dell'85% l'AIR; il restante 15% va ad alimentare gli AAA, con le modalità indicate al comma 7. Le Aziende accedono al fondo in proporzione alle ore annue di attività al 31.12.17 e non possono erogare volumi economici in eccedenza al tetto del fondo.

4. Il fondo unico aziendale è così costituito:

a. l'importo del fondo aziendale di cui al punto 3 dell'AIR 2008;

b. l'indennità di reperibilità di cui all'art.10;

c. l'importo dell'indennità di referente di sede determinato sul numero delle postazioni a regime in essere al 31/12/2017;

d. il 15% del fondo unico regionale, destinato agli AAA;

e. eventuali altri fondi di natura aziendale.

5. Il fondo unico aziendale è destinato a finanziare il raggiungimento degli obiettivi degli AAA e l'erogazione di eventuali attività qualitativamente superiori ed aggiuntive rispetto alle attività istituzionali, da definire in sede di contrattazione aziendale.

6. La quota parte di cui al punto 4 lettera c copre esclusivamente il finanziamento delle indennità del referente di AFT.

7. L'importo di cui al punto 4, lettera d, derivante dal fondo unico regionale, è destinato ad essere erogato a tutti i medici, **nella misura di 0,19 euro per ora**, in base al raggiungimento di un obiettivo assistenziale e di governo clinico, che sarà concordato negli AAA, entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, secondo quanto indicato all'articolo 8 del presente AIR.

6. Organizzazione dell'attività e sede di servizio

1. L'attività di continuità assistenziale ai sensi del presente AIR prevede attività di carattere:

a.domiciliare, sia per prestazioni sanitarie non differibili che, in forma programmata ed in caso di necessità, per pazienti in carico per polipatologia a rischio di instabilità e per pazienti complessi del target A della sanità d'iniziativa;
b.ambulatoriale per prestazioni sanitarie non differibili, a libero accesso in orari e sedi concordati a livello aziendale.

2.Al di fuori degli orari a libero accesso il medico di CA è attivato solo previo contatto telefonico; il medico valuta la necessità e l'appropriatezza della prestazione in relazione al bisogno clinico ed assistenziale.

3.In sede di AAA è possibile introdurre l'applicazione dell'art. 62, comma 2, che prevede la possibilità di garantire il servizio in disponibilità domiciliare, previo consenso dei singoli medici.

4.Ogni AFT ha una o più sedi di riferimento per la CA, come un singola sede di CA può avere più AFT di riferimento. Gli orari sono pubblicati sul sito aziendale ed esposti negli ambulatori dei MMG.

5.Le sedi di CA dovranno essere fornite di misure di sicurezza quali sistemi anti-intrusione, sistemi atti a riconoscere chi è all'esterno e ad allertare le Forze dell'Ordine oppure sistemi sonori di allarme.

6.Le Aziende Sanitarie provvedono ad effettuare una ricognizione sullo stato delle sedi di continuità assistenziale, nell'ottica dell'adeguamento alle norme vigenti in materia di sicurezza, inserendo tale adempimento nei piani aziendali degli investimenti entro un anno dalla firma del presente accordo.

7.Si intendono in tal modo adempiti gli obblighi per le aziende derivanti in materia dall'art. 68 commi 2 e 3 dell'ACN.

8.Qualora dalla ricognizione emerga la presenza di sedi non idonee e non sanabili, si procede, a numero di ore invariate, alla rimodulazione del servizio anche accorpando operativamente, nelle ore notturne, sedi non idonee ad altre postazioni. Tale eventualità dovrà essere considerata tra gli interventi di prevenzione dei rischi con particolare riferimento alla tutela di genere.

7.Referenti di sede di CA dell'AFT

1.L'AIR 2008 prevedeva la possibilità che ciascuna Azienda conferisse incarichi di referente di sede o di più sedi, al fine di migliorare il servizio di continuità assistenziale e facilitare i rapporti tra i medici e l'Azienda Sanitaria. Con il presente AIR, stante la realtà ormai consolidata delle AFT, viene superata la figura del referente di sede/sedi in favore del referente di sede di CA dell'AFT. Il referente di sede di CA dell'AFT è il riferimento per tutte le sedi di continuità assistenziale della AFT.

2.I referenti di sede di CA dell'AFT sono eletti dai medici dell'AFT di CA e nominati dall'Azienda. E' nominato un referente per ciascuna AFT con esclusione delle AFT che non hanno sul proprio territorio una sede di Continuità Assistenziale. In caso di AFT che operino in aree disagiate potranno essere nominati più referenti di sede di CA dell'AFT.

3.L'incarico del referente di sede di CA dell'AFT è annuale e tacitamente rinnovabile.

4.Sono compiti del referente di sede di CA dell'AFT:

- collaborazione con il medico di comunità per il mantenimento dei rapporti tecnico organizzativi e con il coordinatore o coordinatori di AFT per il miglioramento del servizio e i rapporti con l'attività primaria;
- predisposizione, d'intesa con i medici titolari di incarico a tempo indeterminato e a tempo determinato, dei turni di servizio attivo e delle sostituzioni per motivi

imprevisti, nelle more dell'attuazione completa della DGR 1231/12, che prevede che tale compito sia svolto dal coordinatore di AFT e qualora lo stesso coordinatore di AFT non esprima la volontà di svolgere direttamente questa funzione. In mancanza d'intesa con i medici incaricati, i turni sono predisposti comunque dal Referente di sede di CA dell'AFT d'intesa con il coordinatore di AFT. Le modalità specifiche sono concordate a livello aziendale;

- vigilanza sulla corretta e completa compilazione del registro di attività di cui all'Allegato A del presente AIR, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Accordo;

- predisposizione della reportistica mensile, come da modello di cui all'allegato B del presente AIR, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente accordo, e trasmissione della stessa alla struttura individuata dall'Azienda; nel caso in cui l'attività del punto guardia sia informatizzata, il report è sostituito da una estrazione dati, di cui il referente prende visione ai fini della propria attività;

- collaborazione per il trasferimento ai nuovi incaricati delle conoscenze sull'organizzazione del servizio di continuità assistenziale, compresa la conoscenza del territorio e dei servizi in esso esistenti, nonché ogni altro chiarimento necessario per una corretta e sollecita attività;

- collaborazione per il trasferimento ai nuovi incaricati delle informazioni relative agli eventuali accordi aziendali;

- accordo con l'Azienda in merito alle modalità di tenuta dei farmaci e dei presidi medici e predisposizione della richiesta di approvvigionamento degli stessi;

- collaborazione con il coordinatore di AFT al fine della condivisione e diffusione degli obiettivi di budget;

- collaborazione con gli animatori di formazione per la rilevazione dei bisogni formativi dei medici e per la diffusione del piano di formazione annuale;

- collaborazione con il coordinatore di AFT alla valutazione dell'attività relativa agli accessi programmati sui pazienti polipatologici e complessi.

5.Le attività sopra individuate non possono costituire ostacolo al normale svolgimento dell'attività derivante dai compiti istituzionali per garantire la continuità assistenziale attribuiti al medico cui è stato conferito l'incarico di Referente di sede di CA dell'AFT.

6.Al Referente di sede di CA della AFT individuato è corrisposto un compenso mensile di € 120 per le AFT cui afferisce una sola sede di servizio, di € 200 per le AFT cui afferiscono più di una due sedi di servizio, di €300 per le AFT cui afferiscono tre o più di tre sedi di servizio.

8.Accordi Attuativi Aziendali (AAA)

1.Gli accordi aziendali in materia di CA dovranno riguardare esclusivamente le materie espressamente demandate alla contrattazione aziendale. Le Aziende Sanitarie dovranno adeguare gli accordi aziendali vigenti ai contenuti del presente accordo.

2.Gli accordi aziendali in essere saranno automaticamente disapplicati per le parti incompatibili con i contenuti del presente AIR.

3.Le Aziende Sanitarie e le OO.SS. della CA sottoscrivono un AAA entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente AIR.

4.Costituisce risorsa per gli AAA il fondo unico aziendale di cui all'art. 5, oltre ad eventuali ulteriori risorse aziendali.

5.Le azioni definite in sede di contrattazione aziendale dovranno essere coerenti con la programmazione regionale e trovare riscontro nei seguenti ambiti:

- continuità assistenziale e presa in carico dei pazienti complessi e con polipatologia e consultazione del fascicolo sanitario elettronico;
- raccordo con i servizi aziendali;
- integrazione della CA con l'attività primaria delle AFT;
- riduzione accessi impropri al PS e appropriatezza prescrittiva;
- riorganizzazione del servizio di CA sia in termini professionali che di logistica.

6.I medici di C.A. concorrono a tutti gli obiettivi di AFT, compresi quelli relativi alla spesa farmaceutica territoriale a carico del SSR.

7.L'Azienda, al fine di verificare l'efficacia del modello organizzativo, inserisce negli accordi attuativi aziendali indicatori sull'efficacia territoriale.

8.E' parte integrante dell'AAA la sottoscrizione di un obiettivo assistenziale, il cui raggiungimento viene incentivato con il 15% del fondo regionale di cui all'art. 5 del presente AIR.

9.In caso di mancata sottoscrizione dell'AAA nei termini previsti al comma 3, e comunque fino alla sottoscrizione dell'accordo aziendale, il 15% del fondo aziendale sarà collegato al raggiungimento del seguente obiettivo: Proporzione di farmaci prescritti per terapie non differibili/terapie croniche: almeno il 70%-30%.

10.La lista di farmaci da utilizzare nelle prestazioni sanitarie non differibili sarà individuata dai Direttori dei Dipartimenti di Medicina Generali entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo.

9.Obblighi convenzionali, compiti del medico e copertura del servizio

1.Il medico di CA, al fine di garantire quanto previsto dall'art. 62, commi 1 e 2 dell'ACN, è tenuto a svolgere tutti i compiti istituzionali attribuiti allo stesso dall'art. 67 e del presente AIR.

2.L'attività di continuità assistenziale, a partire dall'01.01.18 (DGRT 1255/2017) viene svolta dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali. Il sabato ha inizio alle ore 8.00 del mattino; la remunerazione delle ore aggiuntive in fascia 8-10 è quella prevista dal vigente ACN per la medicina generale maggiorata nella misura di 12€.

3.In caso di impossibilità a svolgere il proprio turno, per situazioni limitate e motivate, il medico di continuità assistenziale ha la possibilità di scambiare il turno, in ordine di priorità, con i colleghi della medesima postazione, con i colleghi della stessa AFT e con i colleghi delle postazioni limitrofe, nell'ambito della zona-distretto, dandone preventiva comunicazione al Referente di sede di CA dell'AFT e all'Azienda, anche via e-mail.

4.Il medico è considerato responsabile del turno assegnato e pertanto, in caso di impossibilità all'espletamento del turno stesso, ricade sul medico l'onere di provvedere alla propria sostituzione o, in ultima istanza, di avvisare il referente di sede di CA della AFT e l'Azienda Sanitaria.

5.Viene considerata inadempienza contrattuale e quindi sottoposta alle previsioni dell'art. 30 dell'ACN:

- a.una riduzione non motivata di oltre il 20% dell'orario annuale rispetto a quello di convenzionamento;
- b.l'inosservanza sistematica dei turni assegnati.

6.E' obbligo istituzionale del medico di continuità assistenziale, che riceve la

richiesta, effettuare la constatazione di decesso, entro l'arco temporale del turno (art. 67 comma 16 lettera e ACN).

7. In caso di eventi eccezionali non coperti dalla reperibilità quali assenze non previste di medici su postazioni limitrofe, al medico che effettua il servizio anche su una postazione limitrofa, individuata dall'Azienda Sanitaria, è riconosciuto un compenso aggiuntivo del 40 % della indennità oraria.

8. Entro un anno dall'entrata in vigore del presente AIR, con accordo aziendale vengono definite le modalità di rilevazione informatizzata delle presenze a inizio e fine turno.

9. Fermo quanto previsto nel punto riguardante gli obblighi convenzionali e i compiti del medico di continuità assistenziale titolare del turno, le Aziende istituiscono l'istituto della reperibilità domiciliare da utilizzarsi unicamente al fine di garantire la copertura di assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro in relazione a cause di forza maggiore, adeguatamente motivate.

6. Le Aziende Sanitarie organizzano, tramite il referente di AFT, i turni di reperibilità negli orari previsti dall'art. 71, comma 1 dell'ACN, affidando incarichi a:

- titolari incaricati a tempo indeterminato;

- titolari di un incarico a tempo determinato a prescindere dal numero dei turni assegnati.

7. L'istituto della reperibilità viene organizzato a livello aziendale avendo riferimento di norma al rapporto di un reperibile ogni zona-distretto.

8. Le ore svolte in forma di reperibilità non concorrono alla determinazione del massimale orario previsto. La retribuzione è stabilita in 20,00€ lordi, oltre ai contributi a carico dell'Azienda Sanitaria, per turno di reperibilità.

9. Le Aziende, ove ritenuto più funzionale alla garanzia delle presenze, tramite uno specifico avviso di disponibilità, predispongono elenchi di medici disponibili a coprire assenze improvvise dei medici di CA non coperte dallo scambio del turno. In tali casi, al medico reperibile spetta la retribuzione del turno attivo effettuato. Ogni medico dovrà specificare una **Zona Distretto** per la quale conferisce la propria disponibilità. Tali elenchi, aggiornabili secondo le scadenze temporali disposte dall'Azienda e comunque almeno quadrimestralmente nell'anno di vigenza, saranno predisposti secondo le seguenti priorità:

a. medici presenti nella graduatoria regionale di settore, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;

b. medici non inseriti nella graduatoria regionale, ma in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;

c. medici non inseriti nella graduatoria regionale, che abbiano concluso il tirocinio ma non abbiano ancora effettuato la valutazione finale per motivi di organizzazione del corso, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;

d. medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;

e. medici non inseriti nella graduatoria regionale e non iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale o a corsi di specializzazione, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;

f. medici non inseriti nella graduatoria regionale, iscritti a corsi di specializzazione con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda.

10. L'organizzazione e l'attuazione dell'istituto della reperibilità per le isole è demandata agli accordi aziendali.

10. Ricezione chiamate e registrazione delle prestazioni

1. È obbligatorio per le Aziende Sanitarie attivare la ricezione della chiamata telefonica con registrazione della conversazione effettuata alla CA con l'attivazione di un servizio telefonico unico dedicato alla CA, che garantisca anche le chiamate per la sostituzione del medico che si assenta per motivi imprevisti nell'imminenza dell'avvio del turno.

2. Ai fini di garantire la continuità dell'assistenza il medico compila la scheda clinica di cui all'allegato C, per i pazienti cui vengono erogate prestazioni ambulatoriali, domiciliari o programmate per pazienti polipatologici e del target A della sanità d'iniziativa. La scheda clinica rappresenta uno sviluppo dell'allegato M dell'ACN.

3. In relazione a quanto previsto dall'art. 67, comma 7 dell'ACN 23 marzo 2005 devono essere acquisiti, preferibilmente attraverso supporto informatico, gli elementi conoscitivi di cui all'Allegato A (registro), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Accordo.

4. Per la rilevazione delle prestazioni le Aziende Sanitarie dovranno avviare, entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, un percorso per dotarsi di apposito sistema informatico centralizzato per la rilevazione dei dati (All. A e C dell'AIR). Il sistema informatico, a regime, è destinato a sostituire la documentazione cartacea.

5. L'invio informatizzato della registrazione delle prestazioni (allegato A) e la trasmissione al medico curante delle note cliniche e delle attività erogate ai cittadini (allegato C) attraverso sistemi informatici costituisce compito aggiuntivo remunerato con 1.07€ per ora di attività prestata, finanziato con l'85% del fondo AIR di cui all'articolo 5 comma 3. Le modalità operative sono demandate ad apposito accordo aziendale.

6. Nelle more della piena funzionalità del sistema informatizzato, la quota di cui al comma 4 viene erogata per la compilazione del registro di cui all'allegato A, su supporto informatico. Una copia stampata e firmata deve essere conservata nel punto di guardia. Il file viene trasmesso all'Azienda a fine turno. Resta valido l'obbligo di compilazione del registro cartaceo.

7. La corretta tenuta del registro, anche informatico, oltre che essere obbligo contrattuale, per cui l'inadempienza comporta l'avvio del procedimento disciplinare di cui all'art. 30 dell'ACN, costituisce anche importante elemento di tutela per i professionisti.

11. Assicurazione auto e identificazione mezzo

1. Le Aziende Sanitarie sono tenute a fornire al medico di continuità assistenziale l'automezzo di servizio per l'effettuazione delle attività domiciliari, che il medico è tenuto ad utilizzare.

2. Qualora le Aziende, per motivi eccezionali, per temporanee indisponibilità o per accordi locali, non siano in grado di provvedere agli obblighi di cui al punto precedente e richiedano al medico di utilizzare il proprio automezzo, lo stesso deve essere adeguatamente assicurato (assicurazione Kasco) da parte dell'Azienda, a copertura anche del percorso casa-lavoro, senza alcuna franchigia a carico del medico. Le Aziende provvederanno a fornire ai medici di CA, in caso di utilizzo di mezzo proprio, apposito contrassegno identificativo.

12. Informatizzazione

1. Tutti i medici sono tenuti all'utilizzo di specifici supporti informatici per la loro attività (prescrizione, certificazioni, allegato A, allegato C e quant'altro previsto dall'ACN e dall'AIR).

2. I medici di CA sono tenuti ad usare gli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda secondo normativa vigente e accordi in essere, compresi quelli finalizzati a favorire l'integrazione, anche informatica, con l'assistenza primaria per la gestione della popolazione di riferimento.

13. Rapporti con l'Azienda Sanitaria

1. L'art. 69 del vigente ACN prevede che, ai fini del corretto rapporto tra i medici di continuità assistenziale e le Aziende Sanitarie in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed il rispetto delle norme in essi contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte, con cui i medici sono tenuti a collaborare.

2. Per gli aspetti contrattuali ed organizzativi finalizzati al funzionamento del servizio di continuità assistenziale si individua quale figura di riferimento il medico di comunità.

3. Per gli aspetti professionali e di coordinamento è individuato il Dipartimento di Medicina Generale.

14. Mobilità intra e interaziendale

1. Al fine di consentire gli eventuali trasferimenti interni e il ricongiungimento del rapporto di assistenza primaria con quello di Continuità Assistenziale, prima della pubblicazione delle zone carenti finalizzate all'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, le Aziende Sanitarie provvedono, attivando l'istituto della mobilità interna, a comunicare ai medici già titolari di incarico le sedi disponibili secondo modalità e tempistiche concordate a livello aziendale (art. 64, comma 5, ACN 2005). Per l'assegnazione delle sedi disponibili, i medici a doppio incarico in AFT diverse della stessa Azienda che intendano ricongiungere il rapporto di lavoro nella AFT in cui esercitano l'assistenza primaria, hanno diritto di priorità nei confronti degli altri medici. Nella ipotesi di parità di priorità si applica l'ordinario criterio della maggiore anzianità convenzionale nel servizio di continuità assistenziale; a seguire vengono utilizzati i criteri per la graduatoria ACN.

2. Al fine di consentire ai medici a doppio rapporto in più AFT di differenti Aziende USL della Regione Toscana, il ricongiungimento del rapporto in una stessa AFT, le Aziende, previa concertazione regionale, possono emanare un apposito bando di mobilità regionale a loro riservato.

15. Incarichi temporanei

1. Le Aziende Sanitarie conferiscono incarichi temporanei, sia provvisori che di sostituzione di durata superiore a 9 giorni in base all'art. 70, comma 4, dell'ACN per la Medicina Generale.

2. Le graduatorie aziendali di disponibilità sono predisposte dopo la pubblicazione

della graduatoria regionale di settore e a seguito di apposito avviso. Tali graduatorie, aggiornabili secondo le scadenze temporali disposte dall'Azienda e comunque almeno quadrimestralmente nell'anno di vigenza, saranno valide per un anno e, comunque, fino all'approvazione delle graduatorie valevoli per l'anno successivo.

3.L'avviso pubblico, il modello di domanda nonché la graduatoria aziendale di interesse dovranno essere pubblicati sulla bacheca aziendale, sul sito internet aziendale, presso le postazioni di CA a cura del referente di sede di CA della AFT.

4.Le domande dei medici interessati sono graduate secondo il seguente ordine di priorità:

a.medici iscritti nella graduatoria regionale di settore, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;

b.medici che abbiano acquisito il titolo di formazione in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di ammissione alla medicina generale;

c.medici titolari incaricati a tempo indeterminato a 24 ore settimanali nel servizio di Continuità Assistenziale, qualora non fosse possibile esperire le procedure secondo quanto individuato al punto precedente, per l'aumento delle ore settimanali oltre il limite di 24 ore, secondo l'anzianità di titolarità di incarico; in nessun caso il servizio prestato settimanalmente potrà superare le 38 ore, fermo restando il rispetto di quanto previsto dall'art. 17 dell'ACN vigente. Sono esclusi i medici titolari anche di altri incarichi.

5.Al solo fine di garantire il servizio, esperite le procedure di cui al punto precedente, gli incarichi possono essere attribuiti a medici non presenti nella graduatoria regionale secondo le seguenti priorità:

a.medici non inseriti nella graduatoria regionale, che abbiano concluso il tirocinio ma non abbiano ancora effettuato la valutazione finale per motivi di organizzazione del corso, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;

b.medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;

c.medici non inseriti nella graduatoria regionale e non iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale o a corsi di specializzazione, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;

d.medici non inseriti nella graduatoria regionale, iscritti a corsi di specializzazione, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda.

6.I medici già presenti nella graduatoria regionale di settore saranno inseriti in quella aziendale di disponibilità secondo il punteggio regionale. I medici non inclusi nella graduatoria regionale saranno graduati, nell'ambito di ciascun ordine di priorità, sulla base dei seguenti criteri:

- minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea;

- voto di laurea;

- anzianità di laurea.

7.Gli incarichi temporanei sono conferiti, di norma, per 24 ore settimanali, per una durata, ove possibile, non inferiore al trimestre. Ai medici titolari (istituto dell'aumento orario) o a quelli inseriti nella graduatoria regionale o in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale possono essere assegnati incarichi provvisori e di sostituzione fino ad un massimo di 12 mesi, i medici di cui al punto 5 del presente articolo possono essere incaricati complessivamente per non più di tre mesi all'anno.

8.Per le sostituzioni di durata fino a 9 giorni, le Aziende utilizzano gli elenchi di

reperibilità di cui all'articolo 9, comma 9.

9. Nello stesso periodo non è possibile svolgere attività di Continuità Assistenziale presso più di una sede se non nell'ambito della medesima AFT o limitrofa.

10. Gli incarichi in questione cessano alla scadenza o, comunque, al rientro, anche anticipato, del titolare oppure al conferimento di incarichi a tempo indeterminato.

11. I medici all'atto dell'accettazione dell'incarico rilasciano all'Azienda apposita dichiarazione redatta ai sensi dell'art. 17 dell'ACN.

16. Sospensione parziale dell'attività convenzionale e inabilità allo svolgimento dei compiti

1. In relazione al comma 3 dell'art. 18 dell'ACN 23 marzo 2005, la sospensione parziale dell'attività convenzionale per il medico di CA, che consiste nella effettuazione di un numero di ore non inferiore a 12 settimanali, si esplicita o nella riduzione del numero dei turni e, ove non arrechi pregiudizio alla organizzazione del servizio, nella riduzione del numero delle ore del turno.

2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 18, comma 4 dell'ACN, l'Azienda Sanitaria può, su richiesta degli interessati, ridurre l'orario di lavoro a 12 ore settimanali con l'eventuale assegnazione di turni solo diurni, per tutto il periodo della gravidanza e per tutte le fattispecie previste dal comma 3.

3. Il Comitato Aziendale valuta la possibile estensione a 30 mesi del periodo di sospensione parziale dell'attività convenzionale nell'arco di cinque anni, in presenza di particolari situazioni supportate da adeguata documentazione.

4. Ai medici che operano con orario ridotto è riconosciuto un punteggio proporzionale all'attività svolta.

5. Fermo restando quanto previsto nei punti precedenti in merito alla sospensione dell'attività convenzionale, in caso di inabilità parziale, per cause derivanti dallo svolgimento del servizio o per cause diverse, accertata dalla commissione medico legale aziendale di cui alla legge 295/90, così come indicato dall'art. 19, comma 1, lettera f e per la durata della stessa inabilità, le Aziende Sanitarie, in applicazione dell'art. 73, comma 4, possono, su richiesta dell'interessato, ridurre l'orario di lavoro a 12 ore settimanali con l'eventuale assegnazione di turni solo diurni.

6. Sono escluse le inabilità derivanti da malattia o infortunio che sono coperte dalle relative assicurazioni.

7. Il medico di Continuità Assistenziale, in quanto lavoratore con rapporto convenzionale operante all'interno di presidi aziendali, è soggetto alla sorveglianza sanitaria del medico competente di cui al D. Lgs. 81/08.

8. La Regione Toscana e le OO.SS. concordano che, per il medico in stato di gravidanza, qualora ai sensi della legge 81/08 il medico competente ritenga che non sia più possibile continuare a svolgere il servizio di Continuità Assistenziale, il medico sarà ricollocato in servizi compatibili.

17. Diritti sindacali

1. L'ammontare orario, riferito sia alla durata della seduta, sia al tempo di viaggio, del rimborso della spesa per la partecipazione a Comitati e Commissioni, anche a livello aziendale, previsti dall'Accordo Nazionale e da normative nazionali e regionali è determinato, secondo quanto previsto dalla DGR 187/2009.

2. Tale onere è a carico dell'Azienda Sanitaria d'iscrizione del medico titolare al quale l'ammontare del rimborso è direttamente corrisposto nel cedolino mensile

alla voce "rimborsi sostituzioni sindacali".

3. Il medico di CA nominato rappresentante sindacale al quale sono state attribuite delle quote d'orario per lo svolgimento dell'attività sindacale, qualora intenda assentarsi dal turno assegnato per lo svolgimento del proprio mandato, deve darne comunicazione all'Azienda Sanitaria.

4. L'Azienda Sanitaria provvede alla sostituzione, di norma, tramite il referente di sede dalla CA dell'AFT.

5. Ai sensi dell'art. 21, commi 5 e 7 del vigente ACN, è previsto il pagamento del medico di CA che svolga l'attività sindacale durante l'orario di incarico.

6. Per il medico di CA titolare di doppio rapporto convenzionale, l'Azienda Sanitaria assicura il pagamento del sostituto quando l'attività sindacale è svolta durante le ore di attività dell'assistenza primaria.

7. I distacchi sindacali sono regolamentati ai sensi dell'ACN.

18. Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione

1. Considerato che è in corso di definizione una ipotesi di ACN che ridisciplina le modalità attuative del diritto di sciopero, il contenuto del presente articolo potrà essere rivisto nei tempi e nei modi previsti dal nuovo ACN, in conformità alle disposizioni ivi contenute.

2. Nelle more di quanto previsto al comma 1, in relazione al comma 12 dell'art. 31 dell'ACN si conviene che il criterio per la determinazione dei contingenti di personale medico di continuità assistenziale da esonerare dalla partecipazione ad eventuali scioperi di categoria sia confermata nella copertura di almeno il 70% delle postazioni.

3. E' rimessa alla valutazione aziendale la distribuzione territoriale di dette postazioni.

19. Attività continuativa

1. L'attività continuativa dei medici di CA è programmata per periodi massimi di 12 ore.

2. In via eccezionale, per particolari e motivate esigenze, previo assenso del medico e dell'Azienda, l'attività continuativa dei medici di CA può raggiungere la durata di 24 ore.

20. Formazione

1. Come previsto ai punti 2 e 4 dell'art. 20 del vigente ACN, la formazione dei medici di CA deve essere svolta come formazione comune nell'ambito della medicina generale per poter contribuire a soddisfare il debito formativo annuale.

2. L'attività formativa si svolge di norma nella giornata del sabato mattina per un totale di 40 ore annue. Tale attività rientra nei compiti retribuiti, come previsto dall'art. 20, comma 12 dell'ACN. Inoltre, come previsto al punto 13 dell'art. 20 dell'ACN, l'Azienda provvede ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di competenza dei medici di CA, durante la partecipazione ai corsi, qualora l'orario dei corsi non sia compatibile con lo svolgimento del servizio.

21.Prestazioni aggiuntive

1. Ai fini del pagamento del compenso per prestazioni aggiuntive, il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente.
2. Per ciascuna prestazione vanno indicati la data di effettuazione, nome, cognome e CF dell'assistito e la prestazione effettuata.
3. I compensi sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello di trasmissione.
4. Gli emolumenti riferiti alle prestazioni aggiuntive non possono superare mensilmente il 16,60% dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico.

22.Visite della continuità assistenziale ai non residenti e non domiciliati in Toscana

- 1.L'attività della CA è rivolta, senza oneri a carico dell'utente, ai residenti e domiciliati in Regione Toscana.
- 2.Per gli stranieri in possesso del codice STP e per gli utenti senza fissa dimora l'Azienda Sanitaria corrisponde il compenso previsto per le visite occasionali come di seguito indicato, salvo diversi accordi aziendali.
- 3.Per cittadini non residenti si intendono tutti i cittadini non residenti e non domiciliati in Toscana, compresi gli stranieri.

In tal caso, il cittadino corrisponde al medico di CA i seguenti importi:

- 20 euro per la visita ambulatoriale;
 - 30 euro per la visita domiciliare.
- 4.L'utente corrisponde la quota direttamente al medico che ha effettuato la prestazione. Preferibilmente dovrà essere utilizzato il pagamento elettronico. Il medico rilascia all'assistito apposita ricevuta utilizzando il ricevutario fornito allo stesso da parte dell'Azienda. Le Aziende forniranno ai medici incaricati un ricevutario prestampato che i medici dovranno compilare, per ciascuna prestazione effettuata, in duplice esemplare numerato, in progressione, indicando l'importo ricevuto dall'utente. L'originale di tale ricevuta sarà consegnato all'utente.
 - 5.Il medico è tenuto a versare mensilmente o con modalità concordate a livello aziendale l'intero importo riscosso direttamente.
 - 6.Il corrispettivo versato dall'utente è così ripartito:
 - 60% dell'importo al medico che ha effettuato la visita;
 - 20% dell'importo al fondo aziendale di cui all'art. 5 del presente accordo;
 - 20% dell'importo per l'Azienda USL.

23.Assistenza ai turisti

- 1.Ai sensi dell'art. 32 ACN, le Aziende sul cui territorio si trovano località di interesse turistico, organizzano un'attività stagionale di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, sia italiani che stranieri, in temporaneo soggiorno turistico nelle località medesime, individuando, a tal fine, le località ad alto flusso turistico nonché i periodi del flusso.
- 2.Le Aziende organizzano il servizio attraverso l'utilizzo di medici di assistenza primaria e dei medici di continuità assistenziale in base alle rispettive fasce orarie

di attivazione.

3. Le Aziende possono comunque valutare l'opportunità, previa intesa all'interno dei comitati aziendali, di istituire specifiche postazioni di guardia turistica, ivi comprese postazioni temporanee di soccorso, utilizzando medici sia di assistenza primaria che di continuità assistenziale, anche in relazione alla consistenza della domanda da parte dei turisti.

4. Il servizio di assistenza ai turisti, nelle località individuate da ciascuna Azienda Sanitaria è garantito:

A) qualora l'Azienda Sanitaria non ritenga necessario ricorrere all'istituzione di appositi punti di guardia turistica e per questo servizio sia stata acquisita la disponibilità da parte dei medici di assistenza primaria ad operare nel proprio ambulatorio convenzionato, attraverso:

- gli stessi medici convenzionati per l'assistenza primaria con lo strumento della visita occasionale;
- i medici convenzionati per la continuità assistenziale, durante l'orario di propria competenza, sempre con le tariffe previste per la visita occasionale; in questo caso, il cittadino toscano turista non è tenuto a corrispondere alcun compenso. Il cittadino non iscritto al SSR corrisponde un compenso determinato in base alla tariffa prevista per la visita occasionale, che viene ripartita secondo la suddivisione di cui al precedente punto 22.

B) qualora l'Azienda Sanitaria ritenga necessario ricorrere anche all'istituzione di appositi punti di guardia turistica, assegnando pertanto ulteriori incarichi convenzionali, procede alla pubblicazione del relativo bando.

5. Gli incarichi orari sono conferiti fino ad un massimo di 48 ore settimanali.

6. In prima istanza, possono concorrere i medici convenzionati per l'assistenza primaria e per la continuità assistenziale che vengono graduati tenendo conto delle seguenti priorità:

- medico titolare di incarico convenzionale presso l'Azienda Sanitaria in cui insiste la località con forte flusso turistico secondo l'anzianità di incarico;
- medico titolare d'incarico convenzionale con carico assistenziale inversamente proporzionale (fino al massimo impegno orario di 48 ore settimanale)

7. A parità di carico assistenziale si applicano i criteri di cui all'art. 65, comma 8, dell'ACN.

8. Possono presentare domanda i medici iscritti in graduatoria, che saranno inseriti tenendo conto di quanto previsto all'art. 70 dell'ACN per la medicina generale del 23 marzo 2005, dalla norma transitoria n. 4 e dalla norma finale n. 5, con il seguente ordine di priorità:

- a) medici presenti nella graduatoria regionale di settore che ne abbiano fatta richiesta;
- b) medici che hanno terminato il corso di formazione non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda Sanitaria;
- c) medici non iscritti al corso di formazione e non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda Sanitaria;
- d) medici iscritti al corso di formazione o specializzazione e non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda Sanitaria.

9. I medici di cui al punto b e c possono essere incaricati complessivamente per non più di tre mesi all'anno.

10. I medici di cui ai punti b, c, d vengono inseriti nelle rispettive graduatorie di

disponibilità secondo minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea, con priorità per i medici inseriti nel territorio dell'Azienda Sanitaria. Gli incarichi vengono conferiti nel rispetto del massimale orario.

11. Il compenso da erogare a tutti i medici incaricati per il servizio di attività turistica svolto negli appositi punti istituiti dall'Azienda Sanitaria è pari a:

- a) 22,46€ per ogni ora di attività svolta;
- b) nel caso di utilizzo del proprio automezzo per l'esecuzione di visite domiciliari, un rimborso forfettario pari al costo di un litro di benzina per ogni ora di attività;
- c) una percentuale pari al 20% del contributo versato dagli utenti a titolo di indennità di riscossione e rischio cassa.

Su questi compensi l'Azienda versa i contributi previdenziali previsti dall'art. 72 dell'ACN.

12. Per le prestazioni è richiesto un concorso alle spese di gestione da parte degli utenti, in misura differenziata per le prestazioni ambulatoriali e per quelle domiciliari, stabilito nella seguente misura:

- 10,00€ per visita breve finalizzata alla continuità terapeutica;
- 15,00€ per visite ambulatoriali;
- 25,00€ per prestazioni domiciliari.

13. Sono escluse dal pagamento di cui sopra le prestazioni:

- 1) di primo soccorso;
- 2) a favore di cittadini stranieri temporaneamente presenti sul territorio (STP) o cittadini comunitari non iscritti (ENI).

14. L'utente corrisponde la quota direttamente al medico che ha eseguito la prestazione, dietro rilascio della ricevuta. Preferibilmente dovrà essere utilizzato il pagamento elettronico.

15. Le Aziende Sanitarie forniranno ai medici incaricati, per la corretta applicazione del presente articolo, un ricevutario pre-stampato, che i medesimi dovranno compilare, per ciascuna prestazione effettuata, in duplice esemplare numerato, in progressione, indicando l'importo ricevuto dall'utente. L'originale di tale ricevuta sarà consegnato all'utente.

16. Le Aziende Sanitarie interessate provvederanno ad effettuare gli opportuni controlli al fine di assicurare il rispetto di tali disposizioni.

17. Il cittadino straniero, residente o non, segue la stessa disciplina dettata per il cittadino italiano non residente.

Allegato B - Reportistica mensile

Azienda Sanitaria _____

Postazione _____

Mese di _____

	Notturni	Prefestivi diurni	Festivi diurni	Totali
Utenti				
Visite domiciliari				
Visite ambulatoriali				
Prescrizioni farmaci				
Consulti telefonici				
Certificati di malattia				
Prescrizione di ricovero				
Richieste intervento 118				
Comunicazioni al medico curante				
Prestazioni domiciliare programmata				

Data

Firma

Allegato C – Scheda clinica

SERVIZIO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ASL _____

Postazione _____ Medico _____

Data _____ Ora _____

Tipo di intervento ambulatoriale domiciliare programmato

GENERALITA' E INDIRIZZO DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Curante _____

Indirizzo _____

Residente sì no

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI INTERVENTO E SINTOMATOLOGIA RIFERITA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Certificazione di malattia | <input type="checkbox"/> Richiesta di ricovero |
| <input type="checkbox"/> Richiesta intervento 118 | <input type="checkbox"/> Invio al Pronto Soccorso |
| <input type="checkbox"/> Constatazione di decesso | <input type="checkbox"/> Rifiuta invio PS o trattamento medico |
| <input type="checkbox"/> Prescrizione farmaci: _____ | |

ANNOTAZIONI:

IPOTESI DIAGNOSTICA

Firma

Sottoscritto in data.....

Le parti firmatarie

L'Assessore al Diritto alla Salute

Le OOSS firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale:

FIMMG

INTESA SINDACALE

SMI.....

SNAMI