

**ACCORDO REGIONALE**  
**IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 23 MARZO**  
**2005, MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO -**  
**REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI**  
**MEDICINA GENERALE - PERIODO 2001/2005.**

**Parte I**

**PREMESSA**

1. Le novità introdotte, nell'ordinamento costituzionale e nelle procedure di contrattazione con la legge 27 dicembre 2002 n. 289, comportano una nuova e più funzionale strutturazione del rapporto convenzionale in particolare negli articolati di settore. E' necessario cioè coordinare e rendere sequenziale la normativa d'ogni specifica categoria con gli obiettivi e i contenuti generali e comuni a tutte le categorie che operano nel territorio con la necessaria gradualità. La stesura dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale è finalizzata ad attrezzare meglio il rapporto Regioni - Categorie Mediche che operano nel territorio, con l'obiettivo di avviare un processo d'innovazione in grado di rispondere in modo più adeguato alle esigenze dei cittadini, a rivalutare il ruolo degli operatori e consolidare in modo significativo il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nel nostro Paese.

2. Il presente Accordo, così, come già esplicitato nell'ACN del 23.3.05, riconosce la caratterizzazione della Medicina Generale italiana secondo i principi espressi dalla Definizione Europea di Medicina generale/di Famiglia.

Pertanto i Medici di Medicina Generale, sono specialisti formati ai principi della disciplina, sulla base di precise caratteristiche che identificano le peculiarità professionali.

In particolare:

- ✍ La medicina generale è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario
- ✍ Fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle

cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità;

- ✗ Sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia, ed alla sua comunità.

## **ART. 1**

### **PRINCIPI GENERALI**

Il presente Accordo, in armonia con quanto già previsto dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – periodo 2001/2005, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, prevede essenzialmente:

- ✗ un ampio potere della Regione di modificare ed integrare la disciplina nazionale;
- ✗ la responsabilizzazione dei medici e delle altre professionalità in maniera integrata sugli obiettivi regionali ed aziendali;
- ✗ una funzionale organizzazione del lavoro;
- ✗ il ruolo della formazione continua;
- ✗ l'introduzione, in via sperimentale, delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP);
- ✗ L'incremento delle forme associative.

Sostanzialmente l'attuazione della nuova disciplina, appena citata, è demandata alla capacità delle regioni di trasformare gli indirizzi generali in azioni per il governo della Medicina Generale.

Per l'attuazione del nuovo Accordo, pertanto, è richiesta la condivisione di alcuni principi fondamentali:

- ✗ il processo di regionalizzazione della disciplina del rapporto di lavoro dei Medici di Medicina generale e degli altri professionisti, coordinando i nuovi principi con gli atti regionali di programmazione socio-sanitaria;
- ✗ l'integrazione di tutti i professionisti interessati, attraverso l'assunzione diretta di responsabilità sugli obiettivi condivisi;
- ✗ lo sviluppo di una logica di sistema, per mettere insieme medici che operano in ambiti diversi (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni e Medici di Distretto) nelle varie fasi del processo di riorganizzazione del territorio;
- ✗ la definizione di nuovi modelli per l'organizzazione dell'attività al fine di essere sempre più rispondenti alle esigenze dell'utenza;

☞ il riconoscimento del ruolo insostituibile del Medico di Medicina Generale per l'Assistenza Primaria.

Quanto sopra, senza derogare ai principi sull'uniformità dei livelli essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale, e sulle garanzie per i medici professionisti fissate dalla disciplina generale.

## **ART. 2**

### **CONTESTO GENERALE**

Il Sistema delle cure primarie richiede in particolare una parziale rimodulazione organizzativa che scaturisce, da una parte, dall'accentuarsi delle problematiche inerenti la sostenibilità economica del SSN e, dall'altra, dalla nuova ed accresciuta domanda di salute, a cui bisogna fornire una risposta sanitaria e sociale efficace ed appropriata per un pieno utilizzo delle risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema. Si rende pertanto necessaria una integrazione tra i professionisti impegnati nelle cure primarie, che concorra soprattutto a garantire servizi più efficienti ai cittadini, che sia in grado di risolvere il problema della frammentarietà delle cure e dell'assistenza, che realizzi l'unitarietà di approccio ai loro bisogni e che produca in definitiva una maggiore qualità del SSN e SSR.

La Regione, pertanto, promuove tutte quelle necessarie iniziative dirette a realizzare il modello di integrazione; la Regione, altresì, si impegna a monitorare lo stato di avanzamento del suddetto processo.

Questo comporta una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio: quest'ultimo deve caratterizzarsi come "soggetto attivo" che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie dei cittadini e si integri con il livello socio-assistenziale. L'assistenza territoriale deve dunque prevedere un maggiore coinvolgimento della Medicina Convenzionata (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni e Medici di Distretto) nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre figure sanitarie territoriali. In particolare il processo d'integrazione dei diversi attori può avvenire con gradualità, dai modelli caratterizzati dall'integrazione professionale dei Medici di Assistenza Primaria, dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Continuità

Assistenziale (es. équipe territoriali), fino ad eventuali modelli sperimentali che contemplino anche la presenza di altri operatori e che prefigurino un intervento complessivo tra Aziende USL e Comuni (es. le cosiddette UTAP).

### **ART. 3** **STRUMENTI**

I principi di cui sopra si realizzano in concreti obiettivi, attraverso l'individuazione dei seguenti strumenti:

1. l'integrazione progressiva funzionale nell'ambito della Assistenza distrettuale tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni;
2. l'implementazione di percorsi clinico assistenziali condivisi dai diversi operatori, anche attraverso l'adozione di specifici protocolli operativi;
3. lo svolgimento di percorsi formativi multidisciplinari;
4. La definizione e l'avvio sperimentale, qualora l'Azienda disponga di adeguate risorse, di una valutazione congiunta delle risorse impegnate, nell'ambito della medicina di gruppo. In itinere si valuterà l'estensione dell'iniziativa alle altre forme associative. La sperimentazione, le cui modalità saranno definite in sede di Comitato Regionale, avrà durata di un anno durante i quali verranno valutate metodologie formative ed informative dirette a verificare la validità del processo, introdurre correttivi e strumenti per una possibile estensione dello stesso anche, eventualmente, in ambito distrettuale.

Gli strumenti di cui sopra, inoltre, consentirebbero di finalizzare l'attività sanitaria alla realizzazione ed al conseguimento dei seguenti obiettivi prioritari, che favorirebbero la centralità del cittadino:

- ✍ L'appropriatezza di uso delle risorse (specialistiche e farmaceutiche);
- ✍ la promozione della salute e la prevenzione, nonché, l'educazione e l'informazione sanitaria;
- ✍ l'impegno ad individuare e definire, di concerto, strumenti e misure, anche mediante campagne educazionali, per il contenimento delle richieste improprie;
- ✍ lo sviluppo dell'integrazione informativa (rete comunicativa);
- ✍ i percorsi assistenziali che determinino l'integrazione dell'ospedale con il sistema di cure primarie sia nel percorso pre ospedale che all'atto della dimissione;
- ✍ l'adozione a livello regionale/aziendale/distrettuale di percorsi diagnostico-terapeutici, assistenziali individuati e condivisi da tutti i professionisti coinvolti nel processo per patologie di particolare rilevanza.

Pertanto, gli obiettivi sopra esposti, sono realizzati, avviando e/o completando i seguenti percorsi:

- ✍ dalla cura della malattia ✍ all'assistenza globale della persona;
- ✍ dall'approccio per prestazione (output) ✍ all'approccio per processo e alla valutazione degli esiti sulla salute (outcome);
- ✍ dalla produzione di singole prestazioni e dalla frammentarietà delle specializzazioni ✍ alla progettazione e realizzazione di processi assistenziali integrati finalizzati all'assistenza della persona;
- ✍ la semplificazione delle procedure amministrative attraverso una maggiore responsabilizzazione degli operatori coinvolti nel processo;
- ✍ dall'approccio solo individuale ✍ alla dimensione di servizio centrato sulla persona, orientato all'individuo e alla sua famiglia, inserito nella Comunità.

## **Parte II**

### **ACCORDO REGIONALE**

Gli strumenti privilegiati che l'Accordo Regionale individua per il perseguimento degli obiettivi strategici della gestione integrata dei pazienti e della continuità della assistenza, sono gli accordi aziendali ovvero degli accordi che ciascuna Azienda USL negozia con le OO.SS. di categoria, per promuovere attività di governo della domanda, obiettivi di salute, attività di formazione, di crescita professionale dei Medici e di erogazione di servizi.

Il presente Accordo Regionale, pertanto, intende valorizzare la valenza strategica dell' accordo aziendale.

## **ART. 4**

### **CONTENUTI DELL'ACCORDO REGIONALE**

Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

Lo scopo di quanto previsto dal comma precedente è quello di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo e consentire, al contempo, il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza.

Pertanto, gli accordi regionali e, successivamente quelli aziendali, individuano modalità operative sulla base degli indirizzi generali individuati nell' ACN.

Quanto previsto dal presente accordo riguardo agli aspetti normativi relativi alla formazione, all'appropriatezza prescrittiva, ai diritti sindacali, alle caratteristiche ed attività degli organismi di riferimento per l'appropriatezza, viene applicato a tutte le figure professionali della Medicina Generale.

## **ART. 5**

### **DURATA DELL'ACCORDO REGIONALE**

L'art.1, c. 178 della Legge 311/04 - Finanziaria 2005 - prevede che la parte normativa delle convenzioni abbia durata quadriennale.

Il presente Accordo ha pertanto, in analogia con quanto previsto per l'ACN, entra in vigore dalla data del relativo provvedimento di approvazione da parte della Giunta della Regione Lazio ed ha durata quadriennale e comunque fino alla stipula del successivo Accordo.

Allo scopo di monitorare l'applicazione del presente Accordo, il Comitato regionale, verrà convocato almeno una volta ogni trenta giorni; analogamente i Comitati Aziendali, dovranno osservare la stessa cadenza mensile.

## **ART. 6**

### **OBIETTIVI STRATEGICI DELL'ACCORDO REGIONALE**

Il Medico di medicina generale rappresenta la figura di riferimento immediato e diretto per i cittadini in carico, in qualità di garante della loro assistenza sanitaria di base, nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia; egli è altresì attore fondamentale di interventi integrati, multidisciplinari e multiprofessionali, in ulteriori forme assistenziali.

La valorizzazione e la qualificazione dell'assistenza territoriale, strategicamente orientata all' appropriatezza clinica e organizzativa, all' integrazione istituzionale, professionale e alla continuità assistenziale, vedono nella Medicina generale una funzione portante.

Il presente Accordo Integrativo regionale ha l' obiettivo fondamentale di definire le "garanzie di sistema" che possono consentire al medico dell' assistenza primaria di rappresentare un nodo operativo integrato della rete dei servizi offerti dal SSR, nell'ottica

di governare i percorsi assistenziali.

Garantire l'appropriatezza delle cure attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e condivisi con tutti i professionisti e i contesti assistenziali operanti nell'ambito del SSR, ha la finalità di ottimizzare gli esiti di salute collegati agli interventi intrapresi e di migliorare l'utilizzo delle risorse disponibili, tutelando la sostenibilità economica del sistema.

Elementi fondanti per il perseguimento dell'appropriatezza delle cure primarie sono rappresentati dall'informare ogni intervento assistenziale ai principi e alla metodologia, ove disponibile, della Medicina basata sulle prove di efficacia (EBM), riferite all'ambito della Medicina Generale.

Tra le "garanzie di sistema" volte ad assicurare la continuità dell'assistenza, si considera di particolare importanza il fatto che il MMG possa rappresentare un riferimento certo per il cittadino, secondo modalità individuate in ambito regionale e/o aziendale.

Tali garanzie possono essere realizzate individualmente o attraverso il ricorso a forme associative già attive o da sperimentare.

La Regione Lazio, pertanto, considera di particolare importanza:

☒ l'attivo coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle iniziative e progetti relativi ad attività di prevenzione promossi a livello territoriale, ed in particolare per:

- ? la promozione di corretti stili di vita;
- ? le attività di prevenzione delle patologie prevenibili mediante vaccinazione, in particolare attraverso programmi vaccinali concordati a livello regionale o aziendale;
- ? le attività di prevenzione secondaria, con particolare riferimento ai programmi di screening coordinati a livello regionale.

☒ Lo sviluppo delle attività di assistenza sanitaria di base relativamente a:

- ? valutazione dei bisogni, pianificazione e gestione assistenziale e valutazione degli interventi rivolti alla popolazione di assistiti anziani ed in particolare a quella caratterizzata da fragilità, con rischio di rapido decadimento delle condizioni di salute e della qualità di vita.
- ? attiva partecipazione dei MMG alla strutturazione di un 'sistema' regionale, aziendale e distrettuale per l'appropriatezza e ai conseguenti interventi in ambiti/settori ritenuti di particolare criticità (prestazioni ospedaliere, prescrizioni diagnostiche e terapeutiche);

- ? il complesso delle iniziative volte a realizzare l'effettiva presa in carico dell'utente, attraverso la sperimentazione di modalità organizzative dell'assistenza primaria, da attuarsi a livello aziendale, adeguate rispetto alla realtà del territorio, che vedano la integrazione operativa del medico di famiglia con altre figure professionali, attraverso la costituzione di un sistema di relazioni tra diversi attori e livelli di cura nell'ottica della continuità dell'assistenza.

## **ART.7**

### **TRATTAMENTO ECONOMICO**

Le parti concordano che per la completa attuazione degli obiettivi indicati in premessa, sia necessario procedere ad una riorganizzazione complessiva delle cure primarie.

La succitata riorganizzazione andrà a regime in linea con la scadenza quadriennale del presente Accordo Regionale.

Pertanto, si concorda di procedere ad un monitoraggio annuale del presente accordo, sia in relazione alla parte normativa che economica.

In applicazione a quanto disposto dall'art.59 dell'ACN, le risorse per la realizzazione di quanto previsto nel presente accordo, ammontano in euro 68.000.000,00. di cui euro 18.000.000,00 per quanto concerne la quota C).

Le Aziende dovranno, entro 90 giorni dall'approvazione del presente Accordo, provvedere alla creazione del fondo "ponderazione quota capitarla" previsto dall'art.59 dell' ACN, lett.A), comma 5.

Le parti concordano che le PPIP saranno remunerate come da allegato D dell'ACN e riviste dal Comitato Regionale allo scopo di procedere ad una verifica della congruità e dell'uniformità delle stesse anche in relazione alle varie figure professionali interessate.

I Medici potranno avvalersi dell'invio telematico, mediante il sistema di posta certificata, del prospetto delle prestazioni rese.

L'indennità informatica ex art 59, lett. B), comma 11 è rivalutata in 100 euro mensili.

Lo schema relativo alla distribuzione del fondo di cui all'art. 59 lett. A) e lett.B) dell'ACN è allegato al presente accordo regionale quale parte integrante e sostanziale del medesimo (all.to 1).

I prospetti analitici riguardanti il quadro economico del presente Accordo Regionale, per quanto concerne la quota C) – art.59 dell'ACN del 23.3.05, saranno approvati successivamente con determinazione del Direttore Regionale, sentito il Comitato Regionale.

Sono confermati i fondi previsti dalla L.R. n. 2 del 27.2.04 (art.45), così come modificata ed integrata dalla L.R. n.9 del 17.2.05 (art.48), relativi al progetto sorveglianza estiva in favore degli anziani e quantificati in € 2.000.000,00 , le cui modalità operative saranno descritte con apposito protocollo.

### **Parte III**

#### **ASPETTI NORMATIVI**

#### **ASSISTENZA PRIMARIA**

##### **ART. 8**

##### **Comitati Aziendali**

Poiché ai commi 4 e 5 dell'art. 23 del vigente ACN sono previste le funzioni e i compiti dei comitati aziendali e tra questi vi è la stipula di Accordi Aziendali e l'espressione di pareri su materie riguardanti anche la CA deve essere recepito dalle Direzioni Aziendali che uno dei membri permanenti del Comitato Aziendale sia un medico di CA indicato dalle Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, per le tematiche di competenza. Lo stesso valga per la rappresentanza della Medicina dei Servizi Territoriali. Qualora alla data di pubblicazione del presente Accordo dovessero essersi già formati i Comitati Aziendali questi dovranno essere integrati con un membro di CA e della Medicina dei Servizi, così come suindicato entro i successivi 60 giorni.

##### **Art . 9**

##### **Diritti sindacali**

Ex artt.21, 23 e 24 - ACN

Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nei Comitati e Commissioni previste dall'ACN e da normative Nazionali, Regionali, Aziendali e Distrettuali, nonché nell'Osservatorio, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfettario onnicomprensivo di € 120,00 lordi, oltre alle spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della pubblica amministrazione. Tale onere è a carico

dell'Azienda di iscrizione del medico partecipante.

Hanno diritto al rimborso, nella misura sopra prevista i medici di Medicina generale che partecipano a:

- Comitati regionali di cui all'articolo 25.
- Comitati aziendali di cui all'art. 23.
- Gruppi di lavoro regionali previsti dai presenti accordi e/o deliberati dalla Regione.
- Ufficio di Coordinamento dell'attività distrettuale - L'indennità spetterà al membro di diritto individuato dall'Azienda e ai 2 membri eletti.
- Gruppi di lavoro aziendali o distrettuali deliberati dalle AA.SS.LL.
- Commissione per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse prevista al comma B dell'art.17 del presente accordo.
- Tutte le altre Commissioni, Gruppi di lavoro o Tavoli Tecnici deliberati dalla Giunta Regionale o dall'Assessorato e necessari all'attuazione di quanto previsto dal presente accordo e dall'ACN.

I rimborsi di cui al presente articolo sono a carico delle Aziende nell'ambito della quale operano i singoli medici, salvo la possibilità di rivalsa delle stesse per Commissioni deliberate da Aziende Ospedaliere o altro.

I rimborsi sono riconosciuti al medico nei tempi e con le modalità previste dall'ACN 23 marzo 2005 e saranno corrisposti con voce specifica tra gli emolumenti mensili.

Al fine della corresponsione del rimborso di cui ai precedenti commi, il medico presenta all'ASL di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute.

#### **ART. 10**

#### **RAPPORTO OTTIMALE**

Ex art.33 - ACN

La Regione si impegna a ricalcolare un diverso rapporto ottimale medico/assistito, in ottemperanza all'art.33 dell'ACN, fino ad un massimo del 30%, previa verifica del rapporto ottimale esistente alla data di entrata in vigore del presente accordo regionale.

Detta verifica sarà effettuata entro 90 giorni dall'approvazione del presente accordo.

Sarà compito del Comitato Regionale, sulla scorta dei dati elaborati, proporre un nuovo rapporto ottimale.

#### **ART. 11**

#### **COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

## Ex artt.34 e 63 - ACN

Per l'attribuzione degli incarichi a tempo indeterminato di assistenza primaria e di continuità assistenziale, rilevate secondo quanto previsto dall'ACN del 23.3.05, si riserva, ai sensi del comma 7 dell'art.16 dell'ACN, fatto salvo il disposto di cui all'art.34, comma 2- lett.A) – ed all'art.63 comma 2, lett.A):

- ✍ una percentuale pari al 67% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.1, comma 2 ed all'art.2, comma 2 del D.Lvo n.256/1991 e delle norme corrispondenti di cui al decreto legislativo n. 368/1999 e di cui al D.Lvo n.277/2003;
- ✍ una percentuale pari al 33% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

**ART. 12****SOSTITUZIONI**

Ex art.37 - ACN

Ad integrazione di quanto previsto dal citato articolo dell'ACN si precisa che il MMG può essere sostituito da qualunque medico abilitato, che non abbia incompatibilità ai sensi dell'art.17 dell'ACN, ad eccezione del caso di un medico collocato in quiescenza purché la sostituzione non sia superiore a 30 giorni.

Nel caso in cui la sostituzione superiore a 30 giorni sia effettuata da un medico convenzionato, la somma degli assistiti in carico al medico sostituito e di quelli in carico al medico sostituto non può superare il massimale di scelte attribuito al medico che effettua la sostituzione.

La sostituzione, nelle more dei regolamenti relativi all'obbligo di frequenza dei seminari e dei reparti ospedalieri, può essere effettuata, in assenza dei requisiti previsti per l'accesso alla graduatoria regionale di medicina generale, anche da medici iscritti al corso triennale di formazione in medicina generale ed alle Scuole di Specializzazione Universitarie

Ai fini della compilazione della ricetta, si fa presente, che, in relazione alla normativa vigente, che prevede la titolarità del ricettario regionale, da parte del soggetto prescrittore, il sostituto, dovrà apporre la propria firma con proprio timbro, sul ricettario del medico sostituito.

Si ribadisce l'obbligo per il medico sostituto di ottemperare al previsto disposto legislativo per quanto riguarda il ricettario stupefacenti.

A tal fine le ASL dovranno predisporre la distribuzione di tali ricettari presso i singoli Distretti per favorirne l'acquisizione da parte dei Medici.

**ART. 13****REVOCA E RICUSAZIONI DI UFFICIO**

da ex art. 40 ad ex art.43 - ACN

Per quanto riguarda la materia indicata nei citati articoli dell'ACN, si rinvia a quanto già disciplinato, per la presente materia, al protocollo operativo per la Medicina di base, reso operativo con deliberazione di Giunta Regionale n. 848 del 3.9.2004.

**ART. 14****ZONE DISAGIATE**

Ex art.59 – lett.d, comma 2 - ACN

Per lo svolgimento dell'attività in zone identificate come disagiate, approvate con determinazione n. D0729 del 23.2. 2005 e sulla base delle indicazioni fornite a riguardo dalle singole aziende, spetta ai medici di assistenza primaria un compenso accessorio mensile pari a € 600,00.

Successivamente, su indicazione delle Aziende, il Comitato Regionale individuerà le eventuali zone disagiatissime.

Federazione Italiana Medici di Famiglia

**ART. 15****ATTIVITA' DI PREVENZIONE**

Il MMG, in virtù del suo rapporto fiduciario con i propri assistiti, è la figura chiave nell'educare alla salute, nel promuovere corrette abitudini e stili di vita e determinare atteggiamenti positivi nei confronti dei progetti e programmi di prevenzione promossi e organizzati dalla Regione , dalle A.S.L. e dal Distretto.

Tale compito è svolto correntemente dal MMG nel counseling individuale con i propri assistiti e rientra nei compiti istituzionali.

Tenuto conto del “Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007: Linee operative per la pianificazione regionale” e del “Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007” (DGR n.729 del 4 agosto 2005 e DGR n.1166 del 23 dicembre 2005), le attività prioritarie di prevenzione identificate dalla Regione e su cui i MMG s'impegnano a fornire il loro contributo attivo, riguardano le seguenti tematiche:

- ? prevenzione dell'obesità;
- ? prevenzione delle malattie cardio-cerebro-vascolari e delle loro complicanze;
- ? prevenzione del diabete mellito e delle sue complicanze ;

- ? prevenzione delle malattie oncologiche;
- ? prevenzione delle malattie infettive, all'interno di programmi di vaccinazione;
- ? prevenzione degli incidenti domestici nella popolazione anziana.

L'entità degli incentivi collegati ai progetti e programmi deliberati nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 viene definita nell'ambito del Comitato regionale ex art. 24 ACN.

Al di fuori dei progetti e programmi di prevenzione collegati al Piano nazionale della prevenzione 2005/2007, appositamente deliberati e finanziati, il coinvolgimento e le relative modalità di incentivazione dei MMG ad ulteriori progetti di prevenzione, sarà oggetto di specifici accordi da definirsi nell'ambito dei competenti Comitati per la Medicina Generale, di cui agli artt. 23 e 24 dell'ACN.

Il medico che, con modalità concordate, aderisce ai progetti e ai programmi di prevenzione :

- ? partecipa alla sessione di formazione specifica del progetto
- ? seleziona tra i propri assistiti le persone eleggibili
- ? fornisce l'informazione necessaria alle persone assistite al fine di garantire un'adesione e un accesso consapevole agli interventi
- ? si attiene ai protocolli operativi stabiliti
- ? trasmette le informazioni previste dai protocolli e riceve le informazioni relative all'avanzamento dei progetti/programmi e ai risultati conseguiti.

Il Comitato Regionale ex art.24 monitora l'effettiva attivazione dei progetti collegati al Piano Nazionale della prevenzione 2005/2007 ed il loro stato di avanzamento.

### **ART. 16**

#### **PERSEGUIMENTO DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA**

Appropriatezza ed efficacia rappresentano due dimensioni fondamentali della qualità dell'assistenza sanitaria.

L' ACN attribuisce al MMG il compito di assicurare, unitamente alle altre figure professionali operanti nel S.S.N. con pari responsabilità, l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse per l' erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Lo stesso ACN, inoltre, ricorda come il MMG concorra alla ricerca della sistematica riduzione degli sprechi nell' uso delle risorse, operando sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili.

La promozione e il perseguimento dell'appropriatezza e dell' efficacia degli

interventi rappresenta uno strumento di equità, determinando una riduzione delle disuguaglianze nell'assistenza, nonché di efficienza operativa ed allocativa, consentendo un migliore utilizzo delle risorse.

La Regione Lazio e i MMG considerano di particolare rilevanza:

- ✗ individuare strategie regionali volte al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi assistenziali e alla loro sostenibilità economica;
- ✗ avviare un sistema di monitoraggio e valutazione centrale dell'assistenza erogata, focalizzando l'attenzione su tematiche chiave di rilevanza regionale, a partire dall'assistenza farmaceutica;
- ✗ rendicontare e valutare l'impatto di interventi ed iniziative intrapresi a livello locale per il perseguimento dell'appropriatezza, anche in relazione alla loro coerenza con specifici obiettivi regionali.

Di seguito sono riportate le strategie condivise per il perseguimento dell'appropriatezza relativamente a:

- ? contenuti
- ? strumenti
- ? modalità

## **A. STRATEGIE RELATIVE AI CONTENUTI**

Medici di Famiglia

### Sull'individuazione delle prestazioni a rischio di inappropriata

Si concorda un particolare impegno finalizzato all'individuazione di ambiti prescrittivi a possibile rischio di inappropriata - al fine di attivare specifici interventi di sensibilizzazione per una buona pratica clinica - sulla base di criteri e modalità previamente definiti, tra i quali:

- ? documentata inappropriata d'uso di specifiche prestazioni e farmaci (documenti di EBM, pubblicazioni ed esperienze locali relativi a specifici ambiti assistenziali; selezione di riviste, siti e centri di riferimento da consultare periodicamente; rapporti di Agenzie internazionali, nazionali e regionali; segnalazioni da parte dei professionisti);
- ? situazioni di grave squilibrio tra domanda e offerta, anche individuate attraverso: la presenza di lunghi tempi di attesa; la valutazione dell'adeguatezza nella gestione delle risorse umane e materiali destinate all'assistenza territoriale; l'analisi delle segnalazioni provenienti da professionisti, pazienti e associazioni

dei cittadini (reclami e documenti vari); rapporti; indagini, ecc;

- ? valutazioni specifiche sulla base dei flussi informativi disponibili e di indagini ad hoc (variabilità significativa nell'uso di prestazioni e farmaci tra prescrittori e tra utilizzatori; utilizzo di prestazioni diagnostiche e farmaceutiche non coerenti con la gradualità di impiego che dovrebbe accompagnare il quadro clinico ed il sospetto clinico, ecc.);
- ? confronti con altre regioni per specifiche aree prestazionali attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi correnti, con particolare riferimento a quelli dell'assistenza specialistica ambulatoriale e della assistenza farmaceutica;
- ? trend di netto aumento del consumo di specifiche prestazioni e farmaci, non giustificato dal punto di vista epidemiologico o dall'innovazione scientifica;
- ? analisi su aree prestazionali ad elevato costo, nell'ambito dell'intero SSR.

#### Sulla gestione globale di specifiche patologie

A partire da quanto previsto nella DGR n. 729 del 4 agosto 2005 relativa al *Piano Regionale della prevenzione 2005-2007* è possibile individuare alcune patologie, per le quali è documentato un rischio di inappropriata gestione, tanto di natura clinica che organizzativa (ad es., vedi quanto emerso dallo Studio QuADRI sulla qualità dell'assistenza ai pazienti diabetici nella regione Lazio).

La qualificazione dell'assistenza per tali patologie dovrebbe necessariamente comportare una gestione integrata e condivisa, tra i molteplici attori coinvolti, attraverso l'intera rete di servizi e prestazioni di cui il paziente necessita, nella logica del *disease management*.

#### Sull'individuazione di fasi critiche all'interno di percorsi assistenziali

Indipendentemente dalla patologia di cui è portatore il paziente, vi sono specifiche fasi assistenziali la cui gestione critica è frequente causa di inappropriata organizzativa; tra queste, è possibile citare la fase di dimissione dal ricovero di pazienti non autosufficienti e/o fragili, ed in particolare la tempestività della presa in carico per la continuazione delle cure presso il domicilio con la definizione di protocolli ad hoc condivisi.

## **B. STRATEGIE RELATIVE AGLI STRUMENTI**

### Sugli strumenti disponibili

**Linee guida:** La Regione promuove il perseguimento dell'appropriatezza dell'assistenza attraverso l'implementazione di raccomandazioni contenute all'interno di *linee guida* di buona qualità metodologica - a partire da quelle presenti nell'ambito del Piano Nazionale Linee Guida - tenendo in considerazione le priorità individuate nel presente Accordo, le indicazioni pervenute dall'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza e le criticità locali.

**Reportistica di uso corrente:** l'utilizzo sistematico e l'analisi delle informazioni presenti nella reportistica relativa alle diverse funzioni assistenziali (assistenza farmaceutica, assistenza specialistica, assistenza ospedaliera, interventi di prevenzione ...) possono offrire importanti spunti di analisi e di intervento ai diversi livelli di gestione; la Regione si impegna, per fasi successive, a mettere a disposizione delle Aziende USL e dei MMG tali informazioni, con periodicità predefinita, all'interno di un sistema di reportistica centralmente pianificato e condiviso.

**Formazione:** considerata l'importanza dell'aggiornamento continuo delle conoscenze professionali per il miglioramento delle competenze cliniche, tecniche e organizzative nel perseguimento dell'appropriatezza, si concorda di vincolare una quota prefissata del totale dei crediti formativi obbligatori annuali, a tematiche di rilevanza regionale e aziendale secondo quanto previsto all'articolo 20 del presente Accordo.

**Flusso informativo:** la disponibilità di un 'minimum data set' di informazioni di buona qualità relative alle attività della medicina di base, rappresenta un elemento di forte supporto al fine di caratterizzare la popolazione assistita e l'assistenza ad essa erogata, sostenendo così un'attività di miglioramento continuo della qualità assistenziale orientato all'appropriatezza (vedi articolo 29).

**Audit clinico:** poiché il confronto tra i professionisti rappresenta, alla luce della letteratura scientifica, un momento di forte impulso alla crescita professionale, si conviene di promuoverne l'utilizzo nei modi previsti dall'articolo 17.

## **C. STRATEGIE RELATIVE ALLE MODALITA'**

### Sulle modalità e le entità degli incentivi

I meccanismi incentivanti previsti dal presente AR, con riferimento agli specifici ambiti di riconoscimento e alle condizioni per ottenerli, rappresentano altrettante strategie di

sostegno al perseguimento dell'appropriatezza; è necessario che il sistema incentivante individui le diverse modularità di ottenimento degli incentivi, sulla base dei livelli raggiunti rispetto agli obiettivi concordati in sede regionale e/o aziendale.

Sulle modalità di coinvolgimento dei professionisti

**Commissioni distrettuali per l'Appropriatezza:** all'interno di quanto definito all'art. 18, lettera B) del presente accordo, si concorda di individuare, tramite l'Osservatorio regionale per l'Appropriatezza, una parte di attività relativa all'appropriatezza comune a tutte le Commissioni distrettuali, in quanto collegata al perseguimento di obiettivi regionali e corredata di strumenti omogenei di implementazione e valutazione degli interventi.

**Centro di formazione regionale per la Medicina Generale:** tale organismo deve rappresentare una garanzia al perseguimento di linee di attività formativa e di programmi di aggiornamento pluriennali coerenti con le priorità definite a livello regionale e rivolti in modo sistematico a tutti i MMG.

**Programmi regionali specifici:** per alcune tematiche di particolare rilevanza la regione concorderà con le OO.SS. di categoria l'avvio di specifici programmi e la definizione delle loro modalità di attuazione, anche previa sperimentazione in alcune Aziende Usl.

Federazione Italiana Medici di Famiglia

**ART. 17**

**AUDIT CLINICO**

Le Aziende sanitarie locali, in collaborazione con le Scuole di formazione della Medicina Generale e delle Società scientifiche della Medicina Generale attive nel Lazio, si impegnano a fornire ai MMG operanti sul proprio territorio in forma associativa di gruppo una formazione di base sugli obiettivi, le caratteristiche e le modalità di utilizzo dell'audit, concordata, preventivamente, con il Comitato Regionale ed il Centro di Formazione regionale per la medicina generale. I MMG, dopo aver aderito alla specifica formazione, s'impegnano a promuovere e a partecipare in forma di gruppi di audit ad almeno 4 incontri, di cui 2 distrettuali, per complessive 20 ore annue, su tematiche relative ad obiettivi prioritari segnalati dalla Commissione Distrettuale per l'appropriatezza, in coerenza con le indicazioni dell'Osservatorio di cui all'art.18 del presente AR; i medici partecipanti all'audit depositano a conclusione della attività annuale, relativa documentazione al Distretto stesso.

L'audit si effettua - in riunioni organizzate negli ambulatori degli associati a medicine di gruppo o presso il distretto - attraverso la facilitazione apportata da un animatore di formazione, individuato nell'albo regionale, e la partecipazione, ove previsto, di un rappresentante dei servizi distrettuali.

Gli incontri di audit hanno la finalità di:

1. permettere lo scambio di esperienze su casi trattati e/o ambiti specifici di attività assistenziale;
2. individuare le criticità clinico- gestionali più frequenti e significative;
3. analizzare e commentare Raccomandazioni di Buona Pratica Clinica, in vista della loro applicabilità, anche all'interno di percorsi assistenziali definitivi;
4. individuare criticità relative ai rapporti con altri professionisti/ambiti assistenziali, rilevanti ai fini dell'appropriatezza, da segnalare alle commissioni distrettuali per l'appropriatezza di riferimento.

L'attività di audit verrà avviata con un anno di sperimentazione, con il coinvolgimento dei MMG in associazione in forma di 'Medicina di Gruppo', su tematiche prioritarie individuate dall'Osservatorio di cui all'art. 18. Lo stesso Osservatorio formulerà gli indicatori con cui valutare la sperimentazione per una sua eventuale prosecuzione.

I Medici che partecipano ai gruppi audit avranno riconosciuto l'incentivo di € 120,00 ad incontro, oltre al riconoscimento anche economico relativo all'attività formativa ECM, con l'obbligo di fornire le informazioni indispensabili alla valutazione della sperimentazione secondo gli indicatori identificati.

### **ART. 18**

#### **ORGANISMI PER IL MONITORAGGIO E PER LE INIZIATIVE DI PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA**

##### **A) Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.**

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, la Regione ricostituisce l'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di seguito denominato Osservatorio, già previsto nella D.G.R. 1156/02, "Accordo Integrativo Regionale" e istituito con Determinazione del Dipartimento Sociale n. 894/10C dell'8 novembre 2002. L'Osservatorio rappresenta un organismo centrale di riferimento per

tutti i soggetti del SSR e, in particolare, per i medici prescrittori. Esso ha la funzione di analizzare e valutare la tipologia e l'andamento delle diverse prestazioni sanitarie, promuovendo metodologie e strumenti volti al miglioramento dell'appropriatezza, con particolare riguardo all'attività prescrittiva.

Sono obiettivi dell'Osservatorio:

- ✍ perseguire il miglioramento dell'appropriatezza nell'attività prescrittiva;
- ✍ contribuire al miglioramento nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione delle Aziende per il raggiungimento degli obiettivi di salute a queste affidati;
- ✍ contribuire alla razionalizzazione della spesa farmaceutica.

L'Osservatorio ha sede presso l'Assessorato Regionale alla Sanità, è presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità o da un suo delegato, ed è composto almeno da:

- ✍ Un dirigente di area della Regione ;
- ✍ Un rappresentante della MG, della PLS e della specialistica ambulatoriale, per ciascun sindacato medico firmatario dei rispettivi ACN;
- ✍ Un farmacista del SSR ;
- ✍ Un rappresentante dell'ASP;
- ✍ Un Direttore di Distretto.

Altri soggetti a vario titolo interessati alle tematiche trattate, possono essere direttamente convocati dall'Osservatorio.

Al fine di garantire continuità operativa, è prevista la nomina di un supplente per ogni componente che può partecipare alle riunioni in qualità di uditore; allo stesso spetta la stessa remunerazione prevista per il componente.

L'Osservatorio si riunisce ordinariamente almeno una volta al mese per undici mesi all'anno, e opera sulla base di una revisione del Regolamento approvata nelle prime sedute.

L'Osservatorio ha i seguenti compiti:

- ✍ individuazione di prestazioni e categorie terapeutiche a forte rischio di inappropriata e promozione di iniziative volte al miglioramento nel loro utilizzo;
- ✍ individuazione e implementazione di raccomandazioni EBM relativamente a prestazioni e categorie terapeutiche di particolare criticità;
- ✍ promozione e verifica del rispetto delle note AIFA e delle indicazioni terapeutiche legate alla AIC;
- ✍ orientamento alle attività svolte dalle Commissioni distrettuali per l'appropriatezza, loro monitoraggio e divulgazione delle esperienze più significative;
- ✍ analisi e valutazione delle segnalazioni relative a comportamenti prescrittivi non conformi alle norme, pervenute dalle Commissioni distrettuali per

l'appropriatezza, e la loro rendicontazione periodica anche relativa alle specifiche iniziative intraprese;

- ✍ stretto coordinamento con gli organismi regionali addetti al monitoraggio centrale dell'andamento del consumo di farmaci e della spesa farmaceutica, per la messa a punto degli opportuni interventi;
- ✍ elaborazione di indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza a diversi livelli gestionali;
- ✍ promozione di programmi ed eventi formativi, d'intesa con il Centro regionale di formazione (vedi articolo 20);
- ✍ predisposizione di moduli didattici omogenei per la formazione dei componenti delle Commissioni distrettuali per l'appropriatezza, sulle tematiche relative a:
  - ✍ Elementi normativi di riferimento per l'attività prescrittiva;
  - ✍ Elementi concettuali di riferimento sull'appropriatezza in sanità e strumenti e metodi della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM);
  - ✍ Strumenti disponibili per l'analisi delle prestazioni assistenziali ed elementi metodologici per la lettura ed interpretazione dei dati da essi generati;
- ✍ individuazione di linee di indirizzo volte a massimizzare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione delle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;

Le Direzioni Generali delle Aziende si impegnano a dare ampia diffusione, presso tutti i professionisti, di quanto elaborato dall'Osservatorio e a sostenerne le iniziative, anche in relazione a quanto previsto dal presente Accordo.

## **B) Commissioni distrettuali per l'appropriatezza**

La DGR 1156/02 ha previsto l'istituzione, in ogni Distretto, delle Commissioni per la appropriatezza, presiedute dal Direttore di Distretto, con la partecipazione dei MMG, dei rappresentanti medici delle strutture ospedaliere, degli specialisti ambulatoriali e dei farmacisti aziendali. Si tratta di un organismo multidisciplinare e multiprofessionale, di natura distrettuale, finalizzato a leggere e interpretare le dinamiche dell'utilizzo delle prestazioni sanitarie da parte dei residenti nel territorio di riferimento e a promuovere iniziative di sensibilizzazione, formazione, indirizzo e supporto per il conseguimento di comportamenti appropriati di natura clinica ed organizzativa, con particolare riferimento all'ambito prescrittivo.

Le commissioni:

- ✗ effettuano il monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti adottati a livello aziendale per il perseguimento dell'appropriatezza assistenziale;
- ✗ individuano criticità relative a specifiche tematiche o ambiti assistenziali inviando all' Osservatorio le relative segnalazioni;
- ✗ analizzano, sulla base delle indicazioni fornite dall' Osservatorio per la appropriatezza, i dati che la Regione invia periodicamente al Servizio farmaceutico aziendale;
- ✗ promuovono iniziative di confronto tra i professionisti sulla base della lettura locale dei dati, dei programmi regionali/aziendali, di specifiche criticità;
- ✗ collaborano alle iniziative regionali/aziendali in materia di appropriatezza, costituendo organismo di supporto e riferimento costante per i professionisti a livello distrettuale;
- ✗ propongono alle Direzioni Generali delle Aziende competenti l' adozione di provvedimenti nei confronti dei singoli prescrittori, riguardo all' inosservanza di direttive in tema di appropriatezza e verificano i provvedimenti adottati.

Le Commissioni si collegano in maniera formale con i servizi aziendali che si occupano di qualità, formazione, assistenza farmaceutica e quanto ulteriormente identificato a livello regionale e aziendale per la promozione di iniziative volte al miglioramento dell'appropriatezza.

Dette Commissioni si riuniscono, di norma, mensilmente per undici mesi l'anno. Eventuali situazioni di inattività di Commissioni Locali, devono essere segnalate all'Osservatorio; il Direttore del Distretto si impegna a rendicontare periodicamente all'Osservatorio le attività svolte dalla Commissione che presiede, sulla base della tempistica e delle modalità suggerite dall'Osservatorio stesso.

Il Direttore del Distretto, sentita la Commissione, ha la facoltà di far decadere dall'incarico, sostituendolo, il componente che, anche attraverso ripetute assenze, dovesse far mancare il suo contributo fattivo alle attività della Commissione. Per quanto riguarda i MMG, nel caso di decadenza viene nominato il primo dei non eletti. In caso di rifiuto da parte del medico ed in assenza di altri eleggibili, si provvede a cura del Direttore Generale dell'Azienda – su segnalazione del Direttore di Distretto – a nuove elezioni.

### **ART. 19**

#### **PERCORSI ASSISTENZIALI**

La Regione Lazio e i MMG concordano sulla necessità di promuovere:

- ✎ l'adozione di modelli organizzativo-gestionali orientati al *disease management*, relativi a specifiche patologie, allo scopo di favorire l'effettiva presa in carico del paziente e la gestione integrata della malattia all'interno di percorsi condivisi tra tutti gli attori dell'assistenza, con il pieno coinvolgimento del MMG; in coerenza con quanto individuato come prioritario nel "Piano Nazionale della Prevenzione 2005 - 2007: Linee operative per la Pianificazione Regionale" e nel " Piano Regionale della Prevenzione 2005 - 2007" ( DGR n. 729 del 04/08/05 e successive integrazioni), le patologie cui orientare il massimo impegno per favorirne una gestione integrata sono rappresentate dal Diabete Mellito e dalle Patologie Cardio - Vascolari;
- ✎ all'interno di tale prospettiva, uno specifico coinvolgimento viene garantito dai MMG nella gestione delle dimissioni dopo ricovero ospedaliero di soggetti fragili e con quadro clinico compromesso, per garantirne, secondo criteri predefiniti, la reale protezione e continuità dell'assistenza; la Regione si impegna a sollecitare, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, la stesura e l'implementazione di protocolli condivisi e integrati con l'intervento degli enti Locali insistenti sul territorio, per favorire il coinvolgimento del MMG nella gestione dei propri assistiti in fase di dimissione ospedaliera.

Il medico che aderisce ai percorsi assistenziali:

- ✎ partecipa alla sessione di formazione specifica;
- ✎ Seleziona tra i propri assistiti le persone eleggibili;
- ✎ Fornisce l'informazione necessaria alle persone assistite al fine di orientarle adeguatamente nella rete dei servizi ed indurne una fattiva collaborazione;
- ✎ Si attiene ai protocolli operativi stabiliti;
- ✎ Trasmette le informazioni previste e riceve periodicamente informazioni relative all'andamento dei percorsi attivati.

L'adesione dei medici di assistenza primaria, operanti sia singolarmente che in forme associative alle iniziative di cui sopra, condivise e concordate a livello regionale, aziendale e distrettuale, deve essere inizialmente formalizzata e quindi documentata e monitorata da parte delle aziende sanitarie locali di riferimento.

### **ART. 20**

### **FORMAZIONE**

La formazione del MMG rappresenta uno strumento essenziale per promuoverne la

crescita professionale nell'ambito delle attività di sviluppo e qualificazione delle cure primarie, centrate sui reali bisogni dei cittadini, nella garanzia dei LEA.

La Regione Lazio e i MMG convengono sulla necessità che le attività di formazione perseguano gli obiettivi prioritari di carattere, regionale e aziendale, rispondano a effettivi bisogni dei MMG e siano improntate a criteri di qualificazione ed efficacia.

La Regione Lazio, tenuto conto dell'ACN del 23.03.2005, riconosce, anche in accordo con l'Università e per le parti di rispettiva competenza, attività formative relative alla medicina generale nelle seguenti aree:

1. **insegnamento universitario** pre – laurea, tirocinio valutativo pre – abilitazione alla professione medica;
2. **formazione specifica** in Medicina Generale;
3. **formazione continua** dei Medici di Medicina Generale;
4. **ricerca clinico-epidemiologica.**

### **Istituzione e compiti del 'Centro di Formazione Regionale per la Medicina generale'**

Allo scopo di orientare e governare centralmente le iniziative formative, le parti concordano sulla necessità di istituire, ai sensi dell'art. 20 - comma 4 dell'ACN, un "Centro di Formazione Regionale per la medicina generale" d'ora in poi denominato "Centro".

Il Centro deve assicurare un'offerta formativa sufficiente a coprire i bisogni di tutti i MMG presenti sul territorio ed omogenea – in termini di impostazione e contenuti - per l'intera quota parte della formazione obbligatoria.

Tale Centro agisce in sinergia con le istituzioni regionali che si occupano di formazione universitaria in ambito sanitario, le diverse articolazioni del SSR e gli organismi regionali di interesse; tra questi ultimi, particolari forme di coordinamento e collaborazione andranno perseguite, ai sensi dei rispettivi regolamenti, con il " Comitato Regionale per la Medicina Generale" (articolo 24 ACN), e con "l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza" (art. 18 del presente Accordo), sulla base di strategie condivise, con particolare riferimento al perseguimento dell'appropriatezza assistenziale.

Il Centro è costituito da:

- ✍ un Consiglio Direttivo;
- ✍ 3 Commissioni Permanenti, rispettivamente competenti per: la formazione universitaria; la formazione specifica; la formazione continua.

A supporto delle diverse attività è previsto un ufficio con funzioni amministrative e di segreteria; un funzionario amministrativo, senza diritto di voto, è previsto nel Consiglio Direttivo e nelle tre Commissioni del Centro.

Le modalità funzionali del Centro, nelle sue diverse articolazioni, saranno formalizzate attraverso un regolamento da approvarsi entro 30 giorni dalla costituzione del Centro.

Il **Consiglio direttivo** (CD) è composto da:

- ? un Presidente, Assessore alla Sanità regionale o suo delegato;
- ? il Direttore del Centro di formazione, nominato dall'Assessore regionale alla Sanità;
- ? i presidenti delle 3 Commissioni;
- ? tre esperti di settore nominati dall'Assessore alla Sanità.

Il Direttore è un medico di medicina generale esperto di formazione, nominato dall'Assessore alla Sanità su proposta delle OO.SS. firmatarie del presente Accordo, sentiti gli Ordini MCEO per quanto di loro competenza, e rispondente ai seguenti requisiti: in possesso di laurea da almeno 10 anni, con almeno 1.000 assistiti, animatore da almeno 5 anni, che abbia partecipato in qualità di docente ad eventi formativi accreditati ECM, che abbia partecipato a ricerca clinica e che abbia prodotto pubblicazioni scientifiche.

I Presidenti delle Commissioni sono nominati dall'Assessore alla Sanità secondo i criteri sotto esplicitati.

Tutti i Componenti hanno diritto di voto eccetto il funzionario regionale amministrativo; il voto del Presidente assume valore doppio.

Il Consiglio Direttivo si riunisce, previa convocazione del Presidente o su richiesta di almeno quattro Componenti, almeno una volta al mese e comunque tutte le volte che se ne ravvisi la necessità, secondo un Regolamento interno del Centro, che sarà redatto e approvato entro trenta giorni dalla sua costituzione.

Tutti i Componenti avranno diritto ad un "rimborso spese" di € 100,00 per ogni riunione oltre ad un compenso mensile omnicomprensivo di € 1200 mensili al netto delle ritenute fiscali. Le specifiche responsabilità e mansioni del Direttore, insieme al suo compenso, saranno oggetto di definizione in sede di stesura del Regolamento interno.

Tutti i Componenti, fatto salvo il caso delle dimissioni personali, rimangono in carica per quattro anni e possono essere confermati solo per un ulteriore quadriennio.

Il Consiglio Direttivo può convocare, a sua discrezione e senza diritto di voto, esperti di

vario settore per risolvere situazioni particolari e complesse.

Il Consiglio Direttivo ha il compito di valutare, approvare e rendere esecutive le proposte trasmesse dalle Commissioni di Formazione Universitaria, Specifica e Continua.

La **Commissione per la formazione continua** (CFC) è composta da:

- ? il Presidente, MMG, scelto su indicazione delle Scuole di formazione regionali in Medicina generale del Lazio e delle società scientifiche della medicina generale attive nella Regione, accreditate come provider ECM e con attività documentata di formazione; il conseguimento di una certificazione di qualità delle Scuole e delle Società scientifiche riconosciuta a livello internazionale rappresenta titolo preferenziale.
- ? sei MMG, rappresentativi delle Province della Regione, nominati dall'Assessore regionale alla Sanità, a regime su indicazione dell'assemblea degli iscritti all'Albo degli animatori di formazione;
- ? sei esperti di settore, nominati dall'Assessore regionale alla Sanità anche in rappresentanza delle ASL.

La CFC si riunisce, previa convocazione del Presidente o su richiesta di almeno la metà dei componenti, almeno una volta al mese e comunque tutte le volte che se ne ravvisi la necessità, secondo il Regolamento interno del Centro. Tutti i Componenti hanno diritto ad un "rimborso spese" e ad un compenso mensile omnicomprensivo € 950 mensili al netto delle ritenute fiscali.

Tutti i componenti, fatto salvo il caso delle dimissioni personali, rimangono in carica per quattro anni.

La CFC attiva presso il Centro può convocare, a sua discrezione e senza diritto di voto, esperti di vario settore per risolvere situazioni particolari e complesse.

Si conviene che, a regime, i corsi di formazione continua:

- ✗ siano inquadrati negli obiettivi formativi, regionali e aziendali;
- ✗ siano accreditati ECM dalle Aziende sanitarie locali;
- ✗ siano realizzati con la collaborazione delle Scuole regionali di formazione in Medicina generale e delle Società scientifiche della Medicina generale attive nella Regione;
- ✗ abbiano una durata di almeno sei ore;
- ✗ sulla base delle specifiche tematiche affrontate, prevedano un numero di discenti tale da consentire un'adeguata interazione (in linea orientativa, 30 discenti).

La CFC si occupa della Formazione obbligatoria aziendale dei MMG, che deve essere omogenea per almeno il 70% del totale delle 40 ore previste.

L'attività formativa di natura continua è svolta, nei confronti del MMG, preferibilmente nella giornata di sabato, per 40 ore annue in un periodo che va dal 15 Gennaio al 15 Luglio e dal 15 Settembre al 15 Dicembre. Le Aziende e le OO.SS. firmatarie del presente Accordo possono concordare l'organizzazione e l'espletamento di tali attività anche in giorni feriali diversi dal sabato; poiché i corsi di formazione hanno la caratteristica della obbligatorietà, sono previsti fondi per il rimborso del medico sostituto del medico discente, nella misura di € 70 per ogni giornata formativa di sei ore al netto delle ritenute fiscali del 20%.

Le parti concordano sulla necessità che il debito formativo annuale del MMG sia soddisfatto, nella misura del 70%, da crediti ottenuti nell'ambito di corsi in linea con gli indirizzi formalizzati dal Centro, in coerenza con gli obiettivi di interesse regionale o aziendale.

Le parti concordano sulla necessità di definire e promuovere, a livello aziendale, percorsi formativi comuni tra MMG ed altri professionisti sanitari che operano in servizi e strutture territoriali e ospedaliere.

In coerenza con gli indirizzi generali suggeriti dal Centro, le Aziende UsI trasmettono alla CFC i propri progetti formativi, nonché tutti quelli presentati dalle Scuole di formazione e dalle Società scientifiche della Medicina generale attive sul territorio regionale, accompagnandoli con un parere di merito; la CFC li valuta in ordine alla loro approvazione, tenendo conto del parere aziendale.

Le Asl devono provvedere alla organizzazione dei corsi dandone comunicazione alla CFC; in caso di inadempienza, trascorsi sei mesi dalla comunicazione alle Asl di approvazione dei corsi, il Centro - attraverso la CFC - provvederà alla organizzazione e realizzazione diretta dei corsi, secondo il principio della uguaglianza e della sussidiarietà.

Nelle more della realizzazione del Centro, i corsi di formazione continua sono organizzati dalle Scuole di formazione e dalle Società scientifiche della Medicina generale attive nella Regione, in collaborazione con le Aziende USL, previa valutazione da parte dello specifico "Tavolo tecnico" istituito in Regione, formato da rappresentanti delle OO.SS. firmatarie e delle Società Scientifiche della Medicina generale, in coerenza con la normativa vigente in materia di ECM.

La **Commissione per la formazione specifica** (CFS) è composta da:

- ? il Presidente, MMG, nominato dall'Assessore alla Sanità e scelto fra i coordinatori regionali per le attività seminariali;
- ? sei MMG coordinatori regionali per le attività seminariali, di cui uno con funzioni di Presidente;

? sei medici di appartenenza ospedaliera e territoriale, coordinatori per le attività pratiche.

La CFS attiva presso il Centro, dotata di finanziamento autonomo da parte del Ministero della Salute, dovrà occuparsi dell'organizzazione e realizzazione omogenea, su tutto il territorio regionale, dei Corsi triennali per i Medici vincitori del concorso di ammissione.

La CFS si riunisce, previa convocazione del Presidente o su richiesta di almeno la metà dei componenti, almeno una volta al mese e comunque tutte le volte che se ne ravvisi la necessità, secondo il Regolamento interno del Centro.

Tutti i Componenti hanno diritto ad un "rimborso spese" e ad un compenso mensile omnicomprensivo di € 950 mensili al netto delle ritenute fiscali. Tutti i componenti, fatto salvo il caso delle dimissioni personali, rimangono in carica per quattro anni.

La CFS può convocare, a sua discrezione e senza diritto di voto, esperti di vario settore per risolvere situazioni particolari e complesse.

La **Commissione per la formazione universitaria** (CFU) è composta da:

- ? il Presidente, MMG, nominato dall'Assessore alla Sanità fra i componenti delle Commissioni universitarie per l'esame di abilitazione alla professione di medico chirurgo (D.M. 455 del 9.10.2001);
- ? un MMG indicato dalle Commissioni universitarie per l'esame di abilitazione alla professione di medico chirurgo per ciascuna delle Facoltà di Medicina attive nel Lazio;
- ? un medico universitario indicato dalle Commissioni universitarie per l'esame di abilitazione alla professione di medico chirurgo per ciascuna delle Facoltà di Medicina attive nel Lazio.

La CFU si esprime su tutte le problematiche inerenti l'insegnamento della Medicina Generale nel corso degli anni di studio dello studente, condividendo gli elementi essenziali per lo svolgimento dei seminari universitari con MMG in qualità di docenti, e gli elementi inerenti la frequenza degli studenti negli ambulatori dei MMG tutors. L'attività di tutor è vincolata ai seguenti requisiti: frequenza di corso per Formazione specifica, 10 anni di convenzionamento, 800 assistiti, preferibilmente con requisiti di studio quali PC, collaboratore, e partecipazione a forme associative. Sono fatte salve le posizioni preesistenti alla data di pubblicazione del presente accordo.

Tale attività sarà finanziata con la quota di € 400 netti per mese di attività.

La CFU si riunisce, previa convocazione del Presidente o su richiesta di almeno la metà dei componenti, almeno una volta al mese e comunque tutte le volte che se ne ravvisi la necessità, secondo il Regolamento interno del Centro.

Tutti i Componenti hanno diritto ad un “rimborso spese” e ad un compenso mensile omnicomprensivo pari a € 950 mensili al netto delle ritenute fiscali. Tutti i Componenti, fatto salvo il caso delle dimissioni personali, rimangono in carica per quattro anni.

La CFU può convocare, a sua discrezione e senza diritto di voto, esperti di vario settore per risolvere situazioni particolari e complesse.

### **Funzioni e tempi di attivazione del Centro**

Il Centro ha funzioni di programmazione e coordinamento centrale e persegue i seguenti obiettivi:

- ? definire indirizzi e obiettivi generali di interesse regionale delle attività di formazione continua, con particolare riferimento all'individuazione delle tematiche oggetto di formazione obbligatoria da parte dei MMG e ai requisiti di qualità della stessa (CD; CFC);
- ? coordinare e monitorare le attività di formazione continua a livello regionale (CFC);
- ? elaborare proposte in merito alla sperimentazione e all'adozione di specifici modelli organizzativo – gestionali in ambito formativo (CD; CFC; CFS; CFU);
- ? coordinare e gestire le attività di formazione a livello regionale rivolte ai medici partecipanti al triennio di formazione specifica (CFS);
- ? promuovere la Ricerca clinico - epidemiologica (CD; CFC; CFS; CFU);
- ? definire i contenuti formativi dei corsi destinati ad animatori di formazione, docenti e tutor (CD; CFC; CFS; CFU);
- ? pianificare e garantire la formazione di animatori di formazione, docenti e tutor (CFC; CFS; CFU);
- ? istituire, entro un termine di 60 giorni, gli Albi degli animatori di formazione, dei docenti, dei tutor e degli sperimentatori, dopo averne definito i rispettivi requisiti di iscrivibilità e curarne l'aggiornamento (CD);
- ? gestire, in accordo con le Facoltà di Medicina attive nel Lazio, progetti formativi per gli studenti di medicina nell'ambito del tirocinio pre-laurea e valutativo pre-abilitazione (CFU);
- ? promuovere la valutazione dei processi formativi (CD; CFC; CFS; CFU).

L'istituzione del Centro dovrà avvenire entro 90 giorni dalla firma del presente Accordo Integrativo.

## **Sistema di finanziamento per le attività di formazione**

Al fine di assicurare l'effettiva realizzazione della formazione continua per la Medicina generale nel Lazio, la Regione si impegna a erogare al Centro, lo specifico fondo, pari all'1,5 % dello stanziamento regionale per la Medicina generale, per il periodo 2005-2008, (incrementato del 5% annuo per coprire il recupero inflativo). Il Centro provvederà a finanziare annualmente le Aziende sanitarie locali, con modalità da definirsi all'interno di atti normativi specifici, al fine di coprire le esigenze formative complessive dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale.

Gli stanziamenti per la formazione continua previsti ed impegnati in seguito alla DGR 1156/2002, se non già utilizzati per tale finalità, saranno recuperati, per tutti gli anni di validità temporale della Delibera, ed immessi nel fondo della formazione.

Poiché, come è noto, la Formazione specifica gode di un finanziamento autonomo (D. Lgs. 8 luglio 2003, n. 277) - che attualmente viene trasmesso dal Ministero della Salute alle Regioni in base al numero di Medici che superano il Concorso di Ammissione - si conviene che tale finanziamento venga messo a disposizione del Centro, che dovrà poi utilizzarlo per tutte le necessità organizzative e formative della Formazione specifica, che, pertanto, non graverà sul presente Accordo Regionale per la Medicina Generale sotto l'aspetto economico.

La Regione ammette la possibilità di attingere, per le diverse attività formative e di ricerca, ad ulteriori finanziamenti di natura pubblica o privata, di cui affidare la gestione al Centro.

### **ART. 21**

#### **LINEE GUIDA PER LA PRESCRIZIONE**

In attesa della definizione di percorsi aziendali di cura ed assistenza, i medici di medicina generale s'impegnano a razionalizzare il ricorso all'assistenza specialistica e farmaceutica, anche implementando, in concorso con gli altri operatori, la prescrizione di farmaci generici - per allinearsi progressivamente, entro la data di scadenza del presente Accordo Integrativo, con i profili di prescrizione ed i livelli di spesa pro - capite nazionali.

Per promuovere e favorire l'adozione, a tutti i livelli del sistema, di principi di qualità offerti dalla medicina basata sulle evidenze scientifiche, si rende necessaria la individuazione, a livello regionale, di linee guida per la prescrizione farmaceutica, destinate a tutte le figure professionali operanti nel SSR. Tali strumenti, finalizzati anche alla razionalizzazione della spesa farmaceutica, sono elaborati, nell'ambito delle attività

dell'Osservatorio per l' Appropriatezza, da gruppi di lavoro costituiti dalla Regione Lazio con la collaborazione delle OO.SS. firmatarie del presente Accordo, delle scuole di formazione in Medicina Generale e delle Società scientifiche. Le linee guida, in particolare, dovranno comprendere raccomandazioni per la prescrizione appropriata nell'ambito delle categorie terapeutiche maggiormente critiche.

Tutti i soggetti prescrittori operanti a qualsiasi titolo all'interno o per conto del SSR, sono tenuti alla considerazione di tali linee guida e degli eventuali aggiornamenti.

Nel caso in cui la Regione individui aree critiche in cui si ravveda la concreta necessità di adeguare i comportamenti prescrittivi a raccomandazioni contenute all' interno di linee guida nazionali o internazionali, le Direzioni Aziendali e le OO SS firmatarie dell'Accordo regionale si impegnano a promuovere attivamente, per quanto di loro competenza, tali modalità prescrittive, nel rispetto dell' autonomia professionale del singolo medico.

Le verifiche sull'adesione, a livello locale, alle specifiche linee guida nonché alla normativa vigente in materia di prescrizione farmaceutica sono effettuate dalle Commissioni per l' appropriatezza a partire dagli indicatori individuati dall' Osservatorio.

Le ASL e le Aziende Ospedaliere, anche d'intesa tra loro, con la partecipazione dei rispettivi servizi farmaceutici, in accordo con le OO.SS. firmatarie dell' Accordo regionale, curano la formazione e l' informazione del medico dipendente e convenzionato, sulla base delle linee guida elaborate in sede regionale, con particolare riguardo a:

- ✍ limitazioni di legge relative alla prescrivibilità e/o concedibilità dei farmaci a carico del SSN, con la relativa informazione al cittadino;
- ✍ modalità specifiche di prescrizione;
- ✍ responsabilizzazione del medico prescrivente all'uso corretto della modulistica vigente;
- ✍ piani terapeutici previsti dalle normative vigenti.

Sarà cura delle ASL e delle Aziende Ospedaliere favorire la massima diffusione delle Linee Guida e di quant'altro verrà prodotto nell'ambito di iniziative di coinvolgimento attivo, tra tutti gli attori del sistema interessati.

I MMG, nella propria attività prescrittiva sono tenuti al rispetto degli adempimenti collegati agli obblighi di legge, con particolare riferimento alle note AIFA e ai Piani Diagnostico - Terapeutici, nonché al rispetto delle indicazioni all'uso dei farmaci come da scheda tecnica.

I MMG sono altresì tenuti ad informare i propri assistiti sulle limitazioni di legge relativamente alla concedibilità dei farmaci, supportati dalle Aziende USL di appartenenza per la predisposizione del materiale informativo=

La Regione provvederà a garantire secondo competenze e modalità da definirsi entro 60 giorni dalla firma del presente Accordo, l'ottemperanza di quanto previsto dall'articolo 1, comma 179, della Legge 311/2004 – Finanziaria 2005.

Le parti concordano sulla necessità, da parte della regione Lazio, di implementare, nei tempi più brevi possibili, il Prontuario Terapeutico Ospedale – Territorio, orientandone e facilitandone l'utilizzo.

La Regione, inoltre, promuove programmi specifici volti all'uso appropriato di prestazioni specialistiche ambulatoriali, attraverso la sperimentazione e l'implementazione di raccomandazioni per la buona prescrizione da parte dei MMG, anche con riferimento ai criteri di prioritizzazione degli accessi; la remunerazione sarà valutata in sede di Comitato Regionale.

## **ART. 22**

### **PROTOCOLLO DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI**

Ex Art. 48, 49 e 51 ACN

I rapporti tra specialista e MMG devono essere fondati sul reciproco rispetto, nella osservanza piena della deontologia medica e delle leggi in vigore, e sulla salvaguardia del diritto del paziente alla semplificazione delle procedure per la propria assistenza.

Il MMG è responsabile e garante dell'assistenza di base dei propri assistiti e coordina tutti gli interventi specialistici che vengono praticati sul paziente che a lui si è affidato.

La richiesta di visita o indagini specialistiche, nel rispetto della legge sulla tutela della privacy, è corredata della diagnosi o del sospetto diagnostico: ove ne riscontri la opportunità, il MMG potrà illustrare il quesito clinico allo specialista tramite colloquio personale o telefonico o lettera di accompagnamento, al fine di dividerne le più appropriate opzioni e modalità assistenziali.

L'accesso alla consulenza specialistica avviene previa richiesta del medico curante, salvo i casi rientranti nell'accesso diretto e previsti nell'ACN, Art 51 Comma 6.

Nel caso lo specialista ritenga necessaria l'esecuzione di ulteriori accertamenti utilizzerà per la prescrizione degli stessi, il ricettario del SSR in sua disponibilità, al fine di semplificare le necessarie prenotazioni da parte dell'assistito.

Anche nel caso di accessi diretti, lo specialista prescrive direttamente sul ricettario Regionale in sua disponibilità, nei limiti della Legge vigente (art. 50, legge 326/03), e sempre facendo salva la completa informazione del medico curante.

Al termine della consulenza (presa visione, senza altra richiesta del curante, di eventuali indagini o ulteriori consulenze richieste), lo specialista formula la diagnosi, l'indicazione terapeutica e l'eventuale programma di monitoraggio nel rispetto dell'art. 50 della Legge 326/03. L'eventuale modifica della terapia, se precedentemente instaurata dal curante, dovrà essere motivata (possibilmente secondo i criteri del EBM), conforme alla scheda tecnica del farmaco e coerente alle norme in materia di concedibilità da parte del SSN, dando corretta informativa in merito al paziente.

La relazione del consulente specialista deve essere leggibile e deve obbligatoriamente riportare: data, dati anagrafici del paziente, intestazione dell'ente e dell'unità operativa, diagnosi o sospetto diagnostico, timbro per l'identificazione dello specialista, firma; non sono previsti moduli bianchi o timbri apposti su ricette del SSR che prevedano la selezione dei singoli esami prestampati mediante biffatura o altra evidenziazione.

In caso di ricovero in ambiente ospedaliero la relazione di dimissione del paziente dalla struttura pubblica, indirizzata al MMG, dovrà contenere diagnosi, evidenze laboratoristico - strumentali significative, andamento clinico, terapia praticata e consigliata, monitoraggio programmato; è previsto l'accesso diretto per i pazienti per i quali, ai fini della definizione della diagnosi e per necessità terapeutiche, siano programmati successivi controlli o interventi motivati, secondo i tempi e i modi stabiliti dalla normativa vigente.

In sede di predisposizione di accordo aziendale, l'Azienda prevede la definizione di progetti relativi alla dimissione programmata ed assistita.

Una volta dimesso dalla struttura ospedaliera, il paziente torna in carico al MMG; questi segue personalmente il proprio assistito sulla base di quanto consigliato, salvo ricorrere all'ospedale in caso di terapie eseguibili in via esclusiva in tale ambito, programmando eventuali interventi eseguibili in altri contesti assistenziali territoriali. In caso di dimissione da reparti ospedalieri sarà cura del Direttore Sanitario vigilare sulla corretta applicazione di quanto previsto dalla DGR 34/02.

La scelta del ricovero in regime di Day Hospital non è compito del MMG, ma deve essere indicata dalla struttura accettante che prende in carico l'assistito.

Deve essere garantita la possibilità che il MMG possa accedere agli ambienti di ricovero nelle fasi di accettazione, degenza e dimissione.

I Direttori Generali delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere provvedono a

diffondere le disposizioni che regolano i rapporti tra medici di assistenza primaria e medici specialisti, relativamente alle procedure di accesso a prestazioni sanitarie a carattere diagnostico - terapeutico - riabilitativo e alle relative modalità di prescrizione, vigilando sulla loro corretta applicazione, anche attraverso la più capillare diffusione degli strumenti già elaborati dall' Osservatorio per l'Appropriatezza.

Eventuali anomalie riscontrate sono comunicate alla Commissione distrettuale per l'appropriatezza competente per territorio, che propone alla Direzione Generale l'adozione delle misure di competenza. Per quanto sopra non previsto fanno testo l'ACN e il Codice Deontologico.

### **ART. 23**

#### **CORRETTO UTILIZZO DEL MODULARIO**

Assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici operanti direttamente o per conto del SSR alla puntuale adesione agli obblighi prescrittivi posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati.

A tal fine si concorda quanto segue:

- ? l'indirizzo sarà riportato solo nei casi previsti dalla legge;
- ? nessuna sanzione verrà imposta ai medici prescrittori per imperfezioni formali (centratura caselle) salvo la dovuta segnalazione nel caso di reiterata imprecisione nella compilazione corretta delle ricette;
- ? ai sensi dell'art. 50 legge 326/2003 la compilazione informatica della ricetta non richiede il timbro che riporta il cognome e nome del medico e la sua funzione (MG, PLS o specialista);
- ? parimenti non occorre il timbro del medico titolare in caso di sostituzione. Qualora il medico sostituito non sia dotato di codice regionale, si avvale del proprio numero di iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici.
- ? Nelle more di quanto previsto dall'ACN che prevede i tempi dell'obbligo per ciascun medico di utilizzare modalità informatiche di compilazione della ricetta, i medici si impegnano, nel caso di compilazione manuale, ad una corretta grafia e ad una chiarezza nella definizione delle procedure o dei farmaci richiesti.
- ? Le ASL devono garantire l'erogazione diretta per le specialità previste dalla Regione. La necessità della erogazione di presidi, siringhe, prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del medico di assistenza primaria all'azienda. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento sono disposti dall'azienda secondo modalità organizzative fissate dalla regione. Per tali presidi, ancorché attribuiti al MMG prescrittore, verrà predisposto un

elenco analitico che individuerà la quantità dei medesimi e la relativa spesa. Ogni ulteriore procedura tendente alla verifica della patologia diagnosticata dal MMG è a carico dell'Azienda e nessuna richiesta può essere fatta al MMG come previsto dall'art. 50 legge 326/2003.

- ? Verrà fornita ai cittadini un'informazione chiara da parte delle ASL sulle condizioni che danno diritto alla fornitura dei presidi e delle prestazioni che sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria in relazione al tipo di esenzione posseduta.
- ? La Regione si impegna ad effettuare la fornitura diretta da parte dell'ASL o attraverso fornitori convenzionati indicati dalla stessa per rendere più facile il percorso al cittadino così come ad organizzare una distribuzione uniforme dei presidi.
- ? Tutti gli esami di laboratorio, a prescindere dalla metodica di esecuzione, devono essere proposti sulla stessa ricetta nel numero massimo previsto dalle leggi in vigore.
- ? La richiesta di esami deve rispettare il nomenclatore regionale. E' fatto divieto ai medici prescrittori di utilizzare sigle o diciture particolari sulle ricette: qualsiasi richiesta impropria dovrà essere segnalata dal medico che la riceve alla Commissione distrettuale per l'appropriatezza.
- ? La Regione si impegna, in tempi brevi, ad attivare e implementare la distribuzione diretta, o per conto tramite le farmacie territoriali, dei farmaci non prescrivibili direttamente dal MMG in assenza di Piano Terapeutico formulato dalle strutture identificate dalla Regione stessa; per tali farmaci, ancorché attribuiti al MMG prescrittore, verrà predisposto un elenco analitico che individuerà la quantità dei medesimi e la relativa spesa.
- ? La Regione Lazio, al fine di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni e di favorire processi di audit e di integrazione, si impegna ad inviare ogni tre mesi a ciascun medico prescrittore l'analisi dettagliata dei consumi e della spesa farmaceutica a questi riferibili comprensiva dell'indicazione dei valori medi regionali di riferimento.
- ? Il medico che vorrà apporre il codice delle Aziende ASL per la compensazione regionale, come previsto dall'articolo 50 della legge 326/2003, e i codici del Nomenclatore Tariffario, anch'essi previsti dal citato articolo 50, avrà diritto all'incentivo informatico che verrà stabilito in Comitato Regionale
- ? La distribuzione dei ricettari presso gli studi medici o presso le ASL deve avvenire con modalità che tengano conto della congruità dell'orario di distribuzione e del numero di ricettari concordato col singolo medico, sulla base del fabbisogno

stimato in relazione all'attività professionale e comunque in quantità tale da coprire almeno due mesi di attività prescrittiva .

- ? Le prescrizioni di specialisti ambulatoriali, ospedalieri e comunque esercenti l'attività professionale nell'ambito del Servizio sanitario regionale, debbono essere emesse secondo le normative vigenti - con particolare riferimento, per la prescrizione dei farmaci, al rispetto delle note AIFA e delle indicazioni terapeutiche legate all'AIC - debbono riportare la data di emissione, i dati del medico prescrittore e quanto altro previsto.
- ? Non è consentito ricorrere al ricettario regionale per prescrivere ed acquisire medicinali in farmacie aperte al pubblico da utilizzare successivamente in strutture nosocomiali o in Hospice, come previsto dalla DGR n.315 dell'11.4.2003.

### **ART. 23 a - PRESTAZIONI AD ACCESSO DIRETTO**

Si ribadisce che, come indicato all'art. 51, comma 6, dell'ACN vigente, gli assistiti possono accedere alle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, per le seguenti specialità: odontoiatria; ostetricia e ginecologia; pediatria; psichiatria; oculistica limitatamente alle prestazioni optometriche; attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.

Federazione Italiana Medici di Famiglia

### **ART.23 b - CERTIFICAZIONI SCOLASTICHE E SPORTIVE**

Sono gratuite le seguenti certificazioni:

1. la certificazione di idoneità ad attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28-2-1983 art. 1 lettera a) e c) a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente come da normativa vigente.
2. le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori.

Tutte le altre certificazioni scolastiche e sportive sono da ritenersi a pagamento in regime libero-professionale. Le parti concordano sulla necessità di informare congiuntamente le autorità scolastiche competenti su quanto previsto al fine di evitare spiacevoli incomprensioni con gli assistiti e con la dirigenza scolastica periferica.

Si dà mandato al Comitato Regionale di informare le autorità competenti.

### **ART.23 c - ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA DIAGNOSTICA**

E' compito del medico prescrittore riportare nella ricetta proposta unicamente l'attestazione del possesso dei requisiti di invalidità (di guerra, civile, del lavoro ecc.), di

esenzione per patologia o malattia rara, ma non è compito dello stesso riportare la presenza di requisiti economici limitandosi a barrare la lettera N del nuovo ricettario. Vedasi art. 50 legge finanziaria 2003, disciplinare tecnico della agenzia delle entrate sulla nuova ricetta, circolari regione Lazio ( n°9072 del 25/03/2005, 9510 del 22/03/2005, prot n°144/S/P del 22/07/2005).

Le prestazioni di diagnosi precoce D02, D03 e D04 saranno prescritte secondo il disciplinare tecnico, lasciando al cittadino, attraverso la firma, l'attestazione del diritto all'esenzione.

## **ART. 24**

### **SCHEMA DI VALUTAZIONE DELL'ANZIANO**

La Regione e i MMG concordano sulla necessità di orientare uno specifico impegno nella tutela della popolazione anziana, con particolare riferimento agli ultrasessantacinquenni, in quanto soggetti a maggior rischio di fragilità. Si concorda pertanto di avviare un'indagine volta a caratterizzare lo stato di salute e i bisogni sociosanitari della popolazione anziana ultrasessantacinquenne della Regione, attraverso un suo campione rappresentativo.

Le parti concordano che, entro 3 mesi dalla pubblicazione del presente Accordo, verrà predisposto un Protocollo di studio sulla cui base i MMG sottoporranno a Valutazione multidimensionale (VMD) una quota prefissata di assistiti ultrasessantacinquenni. Lo strumento di VMD da utilizzare dovrà rispondere alle seguenti caratteristiche: completezza nel valutare le diverse dimensioni di interesse (salute fisica, salute mentale, stato funzionale, condizione socio-economica); validazione scientifica; previsione di livelli di punteggio differenziati per necessità assistenziali; maneggevolezza e agilità nella compilazione; capacità di orientare gli interventi; capacità predittiva rispetto alla prevedibile evoluzione, negli anni successivi, delle condizioni del soggetto.

La scelta dello strumento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla stipula del presente Accordo, ad opera di un Gruppo di lavoro tecnico, nominato dall'Assessore e composto da un rappresentante per ciascuna delle OO.SS. firmatarie del presente Accordo, un rappresentante dell'Assessorato alla sanità e due esperti rappresentanti dell'ASP. Lo stesso Gruppo di lavoro definirà i tempi dello studio di popolazione e le modalità di trasmissione, a fini epidemiologici e remunerativi, degli esiti delle valutazioni effettuate; la proposta messa a punto dal Gruppo di lavoro dovrà essere approvata dal Comitato regionale.

A ciascun medico che parteciperà allo studio nei termini concordati verrà corrisposta la somma di € 40,00 per valutazione, fino ad un massimo di venti

valutazioni. Il finanziamento relativo verrà recuperato dal fondo ad hoc stanziato e non erogato della delibera 1156 / 2002.

**ART. 25**

**ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA ED INTEGRATA**

La Regione Lazio si impegna a predisporre un apposito programma con il coinvolgimento di tutte le parti interessate per promuovere e qualificare l'assistenza domiciliare . Nelle more dell'attivazione di tale programma per quanto riguarda l'assistenza domiciliare programmata ed integrata, si rinvia a quanto normato dall'ACN ex art.53, ed in particolare agli allegati G) ed H).

Nell'ambito del suddetto programma sarà rivalutata anche la remunerazione dell'accesso.

In base all' Art.59 parte C comma 2 dell'Accordo Nazionale si prevede la deroga a superare il 20% fino a un massimo del 40% dei compensi mensili per quanto riguarda le prestazioni di assistenza programmata di cui all'allegato G per i medici che non superano le 500 scelte.

**ART. 26**

**ASSISTENZA AI SOGGETTI DEBOLI**

Le Aziende possono avviare, in via sperimentale ed in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, secondo modalità individuate in sede di Accordo aziendale, progetti finalizzati all'assistenza dei soggetti deboli, come, ad esempio, persone con disagio psichico, persone diversamente abili, persone affette da dipendenze, persone in condizione di marginalità, compresi gli immigrati.

**ART. 27**

**ASSISTENZA OSPITI DI STRUTTURE PROTETTE**

Nelle more di una definizione di un apposito programma per la disciplina per l'assistenza nelle RSA che veda coinvolte tutte le parti interessate rimane in vigore il precedente accordo, ad esclusione della remunerazione che provvisoriamente con il presente

documento viene rivalutata in euro 60,00 mensili, omnicomprendivi.

## **ART. 28**

### **RICONOSCIMENTO DELLE DIVERSE FORME ASSOCIATIVE ED INDENNITA'**

Le parti concordano di non accogliere ulteriori domande di costituzione di forma associativa medicina in associazione. Per quanto riguarda la medicina in rete, si concorda di fissare il tetto nella percentuale massima del 20%, mentre per quanto riguarda la medicina di gruppo, si stabilisce di fissare il tetto massimo nella misura del 40%.

Per quanto riguarda l'indennità di collaboratore di studio si concorda di fare riferimento alla percentuale del 55% prevista dalla DGR n.1156/02.

Limitatamente, infine, all'infermiere professionale, le parti concordano di fissare il tetto nella percentuale massima del 3%.

Tali percentuali potranno essere rinegoziate annualmente, così come è prevista, periodicamente, la possibilità di compensazione fra le diverse forme associative, da concordarsi in sede di Comitato Regionale.

Per quanto attiene ai requisiti delle forme associative, si rinvia a quanto previsto, a tale titolo, dall'ACN, in particolare all'art.54.

Sono consentite forme associative miste proposte dai medici interessati e definite ed autorizzate dall'Azienda, previo parere del Comitato aziendale, entro i tetti di spesa.

Requisiti per le forme associative miste:

- ✍ i medici che aderiscono ad una forma associativa mista si associano, all'interno di essa, secondo i requisiti previsti dalle varie forme associative nell'ACN. Ciascuna tipologia di forma associativa è riconosciuta dal mese successivo alla presentazione della richiesta, se rispondente ai requisiti stabiliti.

Le Aziende, entro il termine di giorni 30 dalla presentazione dell'istanza delle indennità aggiuntive suddette, dovranno verificare la rispondenza dei requisiti, secondo quanto disciplinato dall' ACN. Eventuali contestazioni dovranno essere formulate in forma scritta, entro il suddetto termine.

L'adesione alle forme associative è vincolante per un periodo di almeno 6 mesi.

Si prevede l'introduzione di un codice unico identificativo, inizialmente, per le medicine di gruppo.

## **ART. 28.1**

### **LINEE GUIDA PER LA SPERIMENTAZIONE DI FORME ASSOCIATIVE PIU'**

**COMPLESSE: EQUIPES TERRITORIALI E UTAP**

L'équipe territoriale è disciplinata espressamente dall'art. 26 dell'A.C.N., per il completamento della disciplina di cui all'art. 26 dell'A.C.N. si rinvia agli Accordi aziendali da sottoscrivere con le OO.SS. di categoria.

Relativamente alle UTAP, si rinvia a quanto previsto dall'atto n. 2074 del 29/07/2004 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il cui allegato 2 riporta lo schema di riferimento per la costituzione dell'UTAP, nonché i requisiti specifici per l'organizzazione delle stesse.

**ART. 29****SISTEMA INFORMATIVO**

La Regione Lazio si impegna a integrare armonicamente la Medicina Generale all'interno dello sviluppo del Sistema Informativo Sanitario Regionale, attraverso una progettualità condivisa

Tale integrazione deve perseguire contemporaneamente l'individuazione delle informazioni da rendere disponibili per il MMG, in quanto di rilevante interesse per un'appropriata gestione dei propri pazienti, e l'individuazione delle informazioni relative alle cure primarie che il MMG metterà a disposizione del Sistema sanitario regionale, nell'ottica di una maggiore qualificazione dell'assistenza.

Le informazioni di interesse, la loro disponibilità all'interno dei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali, i dettagli e le specificità della gestione dei dati ed i servizi da offrire ai MMG, saranno definiti dalla Regione, con il supporto della Soc. Laziomatica S.p.A., dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, ed il contributo di rappresentanti dell'Ordine dei medici e del Comitato regionale ex art. 24 dell'ACN vigente.

A tal fine saranno individuati idonei meccanismi di proposta, valutazione e concertazione anche economica.

## ***MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI***

### **ART. 30**

#### **MASSIMALE ORARIO E SUE LIMITAZIONI**

Ex art. 75 - ACN

1. Ai medici titolari d'incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti d'orario fino ad un massimo di 38 ore settimanali sulla base degli Accordi regionali.
2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dal presente Capo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.
3. E' fatto divieto al medico con incarico a tempo indeterminato di Medicina dei Servizi Territoriali superiore alle 24 ore settimanali, che sia contemporaneamente incaricato a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria o per la Pediatria di libera scelta, di detenere un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 600 o 320 scelte. Qualora ciò si verifichi, il medico potrà liberamente optare per la riduzione delle ore settimanali o per la riduzione del numero di scelte dei pazienti, entro 24 mesi.

Le diverse situazioni già esistenti all'entrata in vigore del presente accordo restano immutate.

4. L'incarico a 38 ore comporta l'esclusività del rapporto, fatta salva la libera professione.
5. Per il Medico già titolare d'incarico di Medicina dei Servizi Territoriali, che volesse apportare variazioni al proprio orario, la riduzione non dovrà comportare un orario di servizio inferiore alle 12 ore settimanali, e l'aumento non potrà comportare un orario di servizio superiore alle 24 ore, qualora lo stesso sia anche titolare di altro rapporto convenzionale.

### **ART. 31**

#### **INCARICHI A TEMPO DETERMINATO**

In casi di vacanza di ore, l'azienda può conferire incarichi a tempo determinato con turni settimanali da un minimo di 12 ore ad un massimo di 24 ore.

Il conferimento di incarico di cui al comma precedente avverrà secondo l'ordine delle seguenti priorità:

- ✍ medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 600, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
- ✍ medici convenzionati per la continuità assistenziale ( nei limiti della compatibilità oraria );
- ✍ medici della medicina dei servizi con incarico a tempo indeterminato fino a 24 ore con priorità per chi ha un minor numero di ore;
- ✍ medici inseriti nella graduatoria di settore, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale dell'azienda, tenuto conto delle compatibilità previste dall'ACN.

L'incarico può essere conferito dalla stessa Azienda per periodo non superiore a mesi 6.

### **ART. 32**

#### **COMPITI E DOVERI DEL MEDICO - LIBERA PROFESSIONE**

Ex art. 78 - ACN

1. Il medico titolare d'incarico a tempo indeterminato deve:
  - a. attenersi alle disposizioni contenute nel presente accordo e a quelle che l'Azienda emana per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali;
  - b. osservare l'orario di attività indicato nella lettera d'incarico a tempo indeterminato.
2. . A seguito dell'inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate trattenute mensili sulle competenze del medico inadempiente, previa rilevazione contabile delle ore di lavoro non effettuate.
3. Ripetute e non occasionali infrazioni in materia di orario di lavoro e di rispetto dei compiti previsti dal presente Capo potranno essere contestate al medico secondo la procedura di cui all'articolo 30 del presente Accordo.
4. Il mancato invio dell'Allegato L o infedeli dichiarazioni costituiscono motivo di applicazione al medico del procedimento sanzionatorio di cui all'articolo 30.
5. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività.
6. Qualora il medico venga chiamato a svolgere le sue mansioni al di fuori della sede

dell'ufficio al quale è stato assegnato, avrà diritto a percepire una Indennità pari ad accesso ( ADI ) + Rimborso spese chilometriche per l'uso del mezzo proprio.

7. Sono inoltre doveri e compiti del medico:

- a. l'adesione alle équipes territoriali ed alle altre forme associative complesse e strutturali;
- b. lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 29;
- c. la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

8. I medici titolari d'incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali, rientrando a tutti gli effetti economici e normativi nel cosiddetto "Sistema premiante" aziendale.

9. Il medico incaricato per le attività di medicina dei servizi può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

10. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.

11. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico dei servizi territoriali può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.

12. Per le attività disciplinate dal presente Capo, sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge 146/1990 e della legge 83/2000, quelle rese nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale, medicina preventiva.

13. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

14. Le Aziende sanitarie possono, sulla base di accordi aziendali, affidare ai medici incarichi per specifiche responsabilità di cui al comma 14 art. 78 dell'ACN, disciplinandone le modalità di conferimento e di remunerazione.

### **ART. 33**

#### **DISPONIBILITÀ**

Ex art. 80 - ACN

Il Medico incaricato a tempo indeterminato per la Medicina dei Servizi Territoriali,

su espresso mandato dell'Azienda, può, previo suo consenso, svolgere la propria attività presso strutture o Enti del SSN o Regionale, limitatamente ed esclusivamente con compiti di referente, collegamento, coordinamento e consulenza.

**ART. 34**

**SOSTITUZIONI**

Ex art. 81 - ACN

Il Medico, titolare di incarico a tempo indeterminato di Medicina dei Servizi Territoriali, può direttamente, per assenze sino a nove giorni, indicare un Medico che lo sostituisca. La sostituzione deve essere comunque comunicata all'Azienda per opportuna conoscenza e per i conseguenti adempimenti.

Per le altre sostituzioni si applica quanto disciplinato dall'art. 81 dell'ACN.

Ai medici sostituiti potrà essere affidato un incarico sino a 24 ore settimanali.

**ART. 35**

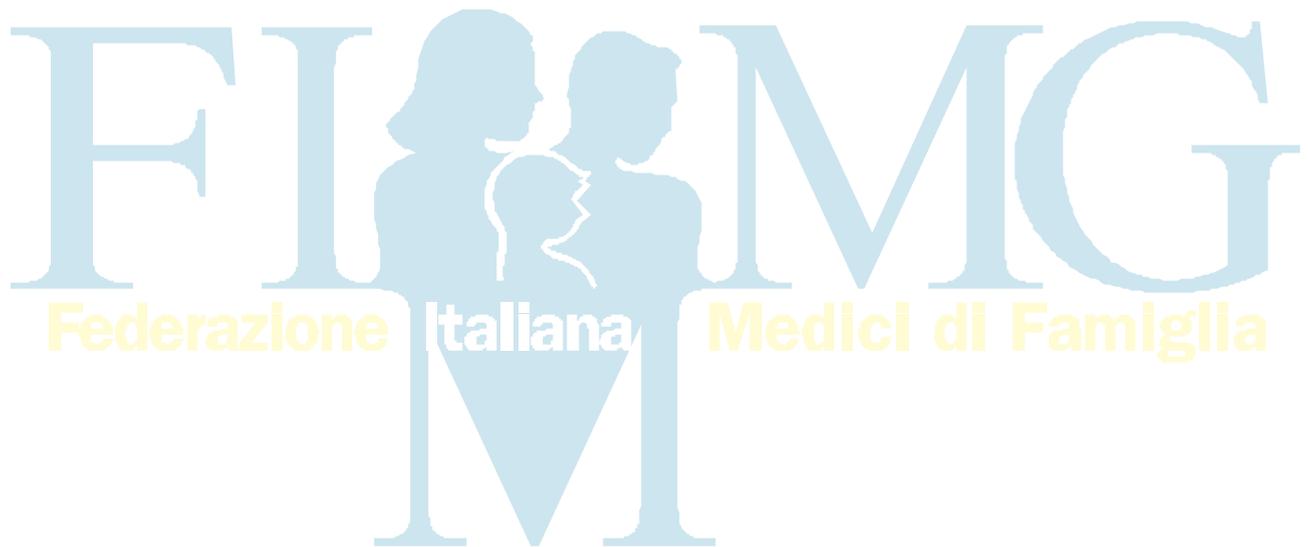
**TRATTAMENTO ECONOMICO**

Ex art. 85 - ACN

1. A far data dall'1.1.2004, il trattamento economico è quello previsto dall'art. 14 allegato N del D.P.R. 270/2000, fatta esclusione per il contributo previdenziale di cui al comma 1, lettera d), incrementato di euro 1.81 per ogni ora di incarico. L'incremento previsto alla data dell'1.1.2004 viene incrementato di euro 0,49 dal 31.12.2004. L'incremento maturato al 31.12.2004 viene incrementato di euro 0,44 dal 31.12.2005.
2. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 24,5% di cui il 14,16% a carico dell'azienda e il 10,34% a carico del medico. Tale aliquota decorre dal 1.1.2004.
3. Le Aziende liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003 in tre rate previste con le competenze di Marzo 2005, di Settembre 2005 e di Gennaio 2006, l'ammontare risultante rispettivamente dal compenso lordo di 0,48 Euro per ora di incarico nel 2001, di 0,48 Euro per ora di incarico nel 2002, di 0,675 Euro per

ora di incarico nel 2003. Con le stesse modalità le aziende erogano gli aumenti contrattuali maturati dall'1.1.2004 alla data di entrata in vigore del presente Accordo.

4. La partecipazione ai vari progetti obbiettivo aziendali da parte del medico di medicina dei servizi, dà diritto alla corresponsione degli incentivi economici con le stesse modalità del personale medico dipendente.



## **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

### **ART. 36**

#### **RAPPORTO OTTIMALE**

Ex. Art.64 - ACN.

Il nuovo Accordo Collettivo modifica profondamente la struttura del servizio di Continuità assistenziale con l'inserimento del rapporto ottimale per rendere più efficiente ed omogeneo il servizio nel territorio nell'ottica di una risposta globale della medicina generale nell'arco delle 24 ore.

In ottemperanza dell'art. 64, le Aziende dovranno calcolare e/o definire le nuove dotazioni organiche, in base a quanto disposto dai commi 1 e 2 del citato art.64 dell'ACN.

Al fine di consentire una programmazione corretta ed efficiente del servizio di continuità assistenziale nelle singole aziende viene definito il fabbisogno dei medici in ciascuna ASL determinato secondo il seguente rapporto medico/popolazione:

1. un medico ogni 6500 residenti nei confini dell'area metropolitana di Roma;
2. un medico ogni 5000 residenti negli altri ambiti territoriali compresi i capoluoghi di provincia;
3. un medico ogni 3500 residenti nella provincia di Rieti con esclusione del capoluogo.

Entro 60 giorni dalla data di approvazione del seguente AR le ASL dovranno definire in base ai seguenti criteri le aree disagiate per la CA: caratteristiche orogeografiche e climatiche, viabilità, distanze chilometriche, scarsa densità abitativa. Il rapporto ottimale nelle zone disagiate sarà valutato singolarmente dal Comitato Regionale.

4. Aree disagiatissime della Regione Lazio sono fin d'ora individuate nelle isole del litorale laziale (Ponza, Ventotene)

Qualora entro dodici mesi dall'approvazione del presente Accordo non fosse raggiunta la completezza delle piante organiche verranno individuate modalità anche incentivanti per sopperire alla sofferenza dell'organico in sede di Comitato Regionale.

Per quanto riguarda l'individuazione delle zone disagiate si rinvia a quanto già previsto, in merito, per la medicina generale nell'art. 14 del presente accordo.

Per quanto concerne, invece, il compenso, si concorda che al medico viene riconosciuto un aumento orario sull'onorario professionale del 100%, per le aree disagiatissime (isole pontine), mentre per le aree considerate disagiate, l'aumento è pari al 50% dell'onorario.

Si conviene che il rapporto ottimale, al fine di garantire la più omogenea distribuzione dei medici, venga individuato all'interno di un ambito territoriale circoscritto, coincidente con il distretto e la popolazione venga determinata in base ai dati anagrafici alla data del 31.12.2004.

I casi eccezionali di situazioni non rientranti nelle tipologie di cui sopra, saranno esaminati in sede di Comitato Regionale/Aziendale.

### **ART. 37**

#### **COMPITI DEL MEDICO**

Ex Art.67 - ACN

- a) Per quanto riguarda l'assistenza ai non residenti, le parti convengono, al fine di garantire l'assistenza gratuita ai residenti nella Regione Lazio, che si trovino in ambito territoriale diverso da quello afferente alla postazione di Continuità Assistenziale della propria residenza di riconoscere una maggiorazione oraria sull'onorario professionale di 5,00 €/h.
- b) Per l'assistenza agli STP si rimanda a quanto previsto dall'art. 57 comma 4 e quindi alla compilazione mensile dell'allegato D.

I non residenti nella Regione Lazio dovranno retribuire le prestazioni erogate sulla base del disposto dell'art. 57, comma 3 come di seguito specificato:

- ✍ visita ambulatoriale € 15,00;
- ✍ visita domiciliare € 25,00;
- ✍ atti medici ripetitivi € 5,00.

Ai non residenti della Regione Lazio, che siano in possesso della scelta temporanea del medico di assistenza primaria non si applica il disposto dell'art.57 comma 3 dell'ACN.

### **ART. 38**

#### **COMPETENZE DELLE AZIENDE**

Ex Art.68 - ACN

L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale necessari ad effettuare gli interventi sulla base di un protocollo definito in sede regionale dall'osservatorio per l'appropriatezza di cui all'art. 18 del presente AR.

L'azienda, qualora non sia in grado di fornire un automezzo di servizio, garantirà

un'assicurazione kasko completa di FURTO, INCENDIO e atti vandalici per qualsiasi veicolo utilizzato dal medico durante la sua attività.

Le Aziende sono obbligate a garantire che le sedi di servizio siano dotate di locali idonei per la sosta ed il riposo dei medici, abbiano adeguate misure di sicurezza e siano dotate di servizi igienici.

A tal fine entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo i Dipartimenti di prevenzione delle Aziende effettuano una verifica sulla idoneità delle sedi di servizio e le ASL dovranno provvedere all'adeguamento delle stesse.

Entro i successivi 30 giorni le aziende sono tenute a comunicare al Comitato Regionale gli esiti di dette verifiche e i provvedimenti adottati in merito.

Nelle more del reperimento di nuove sedi o dell'adeguamento di quelle esistenti le Aziende potranno, con accordo aziendale, prevedere in via sperimentale, forme di servizio attivo in disponibilità domiciliare, compatibilmente con le specifiche caratteristiche degli ambiti territoriali di competenza e con il luogo di residenza o domicilio del medico.

La sperimentazione non potrà superare i dodici mesi salvo il persistere dell'inadeguatezza delle sedi che dovrà essere motivata e documentata dalle Aziende nonché previa valutazione dell'efficacia della sperimentazione.

## **Federazione Italiana Medici di Famiglia**

### **ART. 39** **SOSTITUZIONE ED INCARICHI PROVVISORI**

Ex Art.70 - ACN

Al fine di favorire lo snellimento delle procedure di conferimento degli incarichi provvisori, anche nel rispetto delle singole specificità ed esigenze funzionali ed assistenziali, le Aziende possono predisporre graduatorie di disponibilità di medici inseriti nella graduatoria regionale di settore.

Le Aziende, ai fini della predisposizione delle graduatorie di disponibilità, dovranno procedere nel seguente modo:

- ? la Regione pubblica la graduatoria di settore per l'anno di riferimento;
- ? l'Azienda acquisisce le disponibilità dei medici inseriti nella graduatoria di settore;
- ? predisporre la graduatoria suddetta in base ai punteggi della graduatoria di settore con priorità per i medici residenti nell'Azienda.

Le Aziende conferiscono in base alla graduatoria sopraindicata o a quella di settore, incarichi di sostituzione la cui durata è strettamente legata al periodo necessario ad assicurare le continuità del servizio.

Qualora le condizioni lo consentano, le Aziende potranno attribuire l'incarico per

un periodo fino a 12 mesi.

L'incarico di sostituzione cessa alla scadenza, o al rientro del titolare anche anticipato o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato.

Nel caso in cui sia necessario proseguire la sostituzione, i successivi incarichi vengono attribuiti scorrendo la graduatoria a seguire rispetto al medico già incaricato.

Un ulteriore incarico allo stesso medico potrà essere attribuito dalla stessa azienda solo dopo aver esaurito le procedure di cui al comma 10 dell'art. 70 dell'ACN del 23.3.05.

Qualora non fosse possibile garantire il servizio con incarichi attribuiti in base alla graduatoria di disponibilità o di settore, l'azienda potrà concordare ai sensi dell'art. 65, comma 14 dell'ACN, con i medici già incaricati, un aumento delle ore settimanali oltre il limite delle 24 e fino al limite massimo di 38.

L'aumento orario di cui sopra è motivato soltanto per straordinarie esigenze di servizio, comunque non superiori ad un mese, adeguatamente documentate e motivate ed esclusivamente quando sia stato raggiunto il completamento orario ( 104 ore mensili ) da parte dei medici incaricati del servizio. Per le ore eccedenti il tetto delle 108 mensili al medico di CA verrà corrisposta una quota forfetaria oraria di 32 €.

Qualora non fosse possibile esperire le procedure sopra indicate, nei casi di carenza disponibilità specificati nel comma 7 dell'articolo 70 dell'ACN, al solo fine di garantire il servizio si potranno incaricare medici non presenti nella graduatoria regionale vigente, che abbiano dato la loro disponibilità in base alla norma transitoria n. 4 o in mancanza di questi in base alla norma finale n. 5, ai quali potranno essere attribuiti incarichi per non più di tre mesi l'anno.

Nel caso in cui anche con le procedure di cui sopra non fosse garantito il servizio, potranno essere incaricati per non più di 3 mesi i medici di cui al comma 6 dell'art. 70 dell'ACN.

#### **ART.40**

#### **COORDINATORE DI SEDE**

In ogni sede di servizio di continuità assistenziale deve essere individuato un medico con l'incarico di coordinatore.

Il coordinatore deve essere nominato dal Direttore del distretto, in base alle modalità operative individuate negli accordi aziendali.

L'incarico avrà durata annuale ed e' rinnovabile.

I compiti affidati al coordinatore sono:

1. Proporre all'Azienda i turni di servizio attivo e di reperibilità dei medici della

postazione allo scopo di rendere maggiormente funzionale il servizio;

2. interagire e collaborare con il responsabile distrettuale del servizio di CA per tutte le problematiche inerenti il buon andamento servizio.

A tal fine l'Azienda, in armonia con la propria organizzazione, ed allo scopo di assicurare la corretta attività di coordinamento, dovrà individuare un responsabile Aziendale e/o distrettuale.

Il medico coordinatore svolgerà i compiti previsti, al di fuori dell'orario di servizio e verrà remunerato, forfetariamente, con una cifra mensile pari a € 100,00.

I coordinatori partecipano di diritto all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali qualora la materia trattata sia di interesse della CA.

### **ART. 41**

#### **FESTIVITA' DI PARTICOLARE RILEVANZA**

Con il presente accordo regionali, le parti concordano di individuare, quali festività di particolare rilevanza quelle di seguito indicate.

Inoltre, per i medici addetti alla continuità assistenziale che svolgono la loro attività durante una delle Festività di particolare rilevanza è riconosciuta una maggiorazione oraria di euro 15,00.

☞ 1 Gennaio	8 - 20;
☞ 6 Gennaio	8 - 20;
☞ Pasqua	8 - 20/20 - 8;
☞ Lunedì dell'Angelo	8 - 20;
☞ 25 Aprile	8 - 20;
☞ 1 Maggio	8 - 20;
☞ 15 Agosto	8 - 20;
☞ 24 Dicembre	20 - 8;
☞ 25 Dicembre	8 - 20/20 - 8;
☞ 26 Dicembre	8 - 20;
☞ 31 Dicembre	20 - 8.

### **ART. 42**

#### **REPERIBILITA'**

Ex Art.71 - ACN

In considerazione delle diverse esigenze delle singole Aziende, le stesse, disciplineranno nell'ambito degli accordi aziendali, le modalità di organizzazione della

reperibilità, fermo restando che deve essere assicurato un numero congruo di medici per turno che comunque non può superare il numero dei medici di guardia attiva.

Il compenso spettante per ogni turno di reperibilità, è pari a quello della quota oraria dell'onorario professionale previsto dall'ACN per il totale delle ore prestate.

Ogni turno di reperibilità di ore 1 e 30 minuti verrà pertanto retribuito con € 31,26.

Per ogni sede di CA i medici in turno di reperibilità saranno in numero pari alla metà dei medici in guardia attiva (qualora il quoziente non fosse intero verrà esclusa la parte decimale). Nelle postazioni ove il numero di medici in servizio attivo sia coincidente con l'unità è da prevedersi sempre una unità reperibile.

Il numero dei turni in reperibilità per ogni medico incaricato a tempo indeterminato non potrà essere superiore al numero dei turni in guardia attiva.

I turni in reperibilità prestati nelle giornate prefestive e festive di particolare rilevanza come da art. 32 verranno remunerati con un compenso orario incrementato del 50%.

Ove necessario l'Azienda oltre a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 71 dell'ACN del 23.3.05, i turni di reperibilità potranno essere organizzati utilizzando i medici inseriti nella graduatoria regionale di settore o aziendale di disponibilità.

#### **ART. 43**

#### **ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO**

Ex Art.73 - ACN

Ogni Azienda ASL dà attuazione al disposto dell'articolo 73 dell'ACN.

In caso d'inabilità del medico allo svolgimento dei compiti di cui al capo III dell'ACN, accertata dalla commissione di cui all'art. 19, comma 1 lett. f, del citato Accordo, il Direttore Generale dell'Azienda provvede ad adibire il medico ad altre differenti attività, individuate in sede di Comitato Aziendale.

#### **ART. 44**

#### **RISTORO PSICOFISICO**

Ai sensi dell'art. 18 comma 5 del vigente ACN che prevede un periodo di ristoro psicofisico non superiore ai trenta giorni nell'arco di un anno per il medico convenzionato di Assistenza Primaria, si concorda di equiparare, per il medico convenzionato di CA, tale periodo di ristoro in non più di 104 ore annue (da considerarsi come frazioni indivisibili

di 10 e/o 12 ore ).

La sostituzione del medico di CA che faccia richiesta di usufruire in modo parziale o totale delle 104 ore annue dovrà essere effettuata, da un sanitario incaricato dall'ASL che abbia dato la propria disponibilità rispettando gli stessi criteri di cui all' art. 70.

Il medico di CA dovrà comunicare all'ASL con almeno cinque giorni di anticipo la propria assenza.

#### **ART. 45**

#### **ANTICIPO DEL SERVIZIO**

Considerato che in particolari occasioni (come i corsi d'aggiornamento obbligatorio per i medici di famiglia e/o i pediatri o qualsiasi altra situazione eccezionale) su richiesta specifica della ASL il servizio di CA, soprattutto nelle giornate del sabato, è richiesto anche dalle ore 8.00 alle 10.00 con il personale al completo per ogni singola postazione si concorda che per tale orario straordinario venga corrisposto al medico di CA il compenso orario incrementato del 50%.

#### **ART. 46**

#### **TRATTAMENTO ECONOMICO**

Gli emolumenti di cui al presente Accordo Regionale sono tutti assoggettati a contribuzione ENPAM.

Il trattamento economico previsto dal presente AR deve considerarsi anche a titolo di arretrato a partire dall'01/01/2006.

#### **ART. 47**

#### **MASSIMALI**

Al limite di scelte a cui devono sottostare i medici con il doppio incarico (sia di CA che di AP) si applicano i comma 11 e 12 dell'art. 39 del vigente ACN. (Le scelte temporanee e i minori tra zero e sei anni non concorrono alla determinazione del massimale individuale).

## **NORME FINALI**

### **Norma Finale n° 1**

La Regione Lazio darà mandato alle Aziende perché provvedano a fornire ai MMG un contrassegno con il logo della Regione e della ASL che possa rendere facilmente riconoscibile la vettura. Tale contrassegno delle dimensioni non inferiori a quelle di un foglio A4 dovrà riportare la dicitura "MMG addetto all'Assistenza Primaria o alla Continuità Assistenziale in Servizio" ed il medico MMG avrà cura di apporlo alla propria vettura.

### **Norma Finale n° 2**

Al medico di Continuità Assistenziale a cui venga richiesta una visita domiciliare per un paziente facente parte del programma CAD o ADI o qualsiasi altro programma di assistenza normato dal presente AR (pazienti fragili, oncologici, ecc.), vengono riconosciuti gli stessi compensi previsti per il medico di AP. E' previsto un modello riepilogativo mensile da consegnare alla ASL entro il 10 del mese successivo a quello della prestazione.

### **Norma Finale n° 3**

Il Medico di AP (salvo il medico di C.A. per quanto riguarda il comma C dell'art.17 dell'ACN del 23.3.05), oltre al detto normativo di cui all'art.17 dell'ACN, è incompatibile con lo svolgimento delle seguenti attività:

1. membro delle Commissioni medico Legali, nell'ambito del distretto sanitario di convenzionamento;
2. medico prelevatore in strutture accreditate o comunque convenzionate con il SSR.

### **Norma Finale n°4**

Entro 90 giorni dall'approvazione del presente accordo regionale, la Regione provvederà, su indicazione delle Aziende, ad individuare le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare il servizio di assistenza sanitaria rivolto alle persone non residenti.

Le Aziende organizzeranno il servizio limitatamente al periodo in cui si riscontra il maggior numero di presenze.

Gli incarichi a tal fine conferiti non potranno superare in ogni caso la durata di quattro mesi.

Le Aziende dovranno provvedere a rendere noto il numero degli incarichi disponibili ed i medici interessati potranno dare la propria disponibilità.

Gli incarichi saranno conferiti secondo il seguente ordine:

1. medici inseriti nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria e/o per la continuità assistenziale, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, tenuto conto delle incompatibilità previste;
2. medici convenzionati solo per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a 650, con precedenza per quelli con minor numero di scelte;
3. medici convenzionati solo per la continuità assistenziale nei limiti della compatibilità oraria;
4. medici convenzionati solo per la medicina dei servizi con incarico a tempo indeterminato fino a 24 ore, fino al raggiungimento del massimale orario, con priorità per chi ha un minor numero di ore.

Al medico che svolge l'attività di guardia turistica viene riconosciuto il medesimo trattamento economico previsto nell'ACN per la Continuità Assistenziale, con la stessa copertura assicurativa Kasko prevista dall'art. 38 del presente Accordo.

Il turista, sia residente che non residente nella regione Lazio, dovrà retribuire le prestazioni erogate sulla base del disposto dell'art.57, comma 3 e come di seguito specificato:

☒ visita ambulatoriale	15 Euro
☒ visita domiciliare	25 Euro
☒ atti medici ripetitivi	5 Euro

Le modalità di pagamento da parte degli utenti saranno definite dall'Azienda.

#### **Norma Finale n.5**

Le somme recuperate relative ai conguagli 2000 – 2003 vengono reinvestite su progetti inerenti la medicina generale.

#### **Norma finale n.6**

Per favorire l'implementazione delle vaccinazioni e delle PPIP le ASL possono collaborare mediante l'offerta ai medici di MG di procedure facilitate per lo smaltimento rifiuti speciali.

In ogni caso, fatto salvo l'obbligo di stipulare contratti con società autorizzate allo

smaltimento dei rifiuti speciali, soprattutto in considerazione delle campagne vaccinali e della possibilità di effettuare prestazioni di particolare impegno professionale, si concorda che il contratto possa essere stipulato per ogni studio e non per ogni medico presente nello stesso, purché lo smaltimento rispetti i tempi e le modalità di legge.

### **Norma finale n. 7**

I medici che aderiscono allo sciopero in forma diretta garantiscono le prestazioni previste dall'art. 31 dell'A.C.N.. Il compenso spettante corrisponde al 50% degli emolumenti.

Mediante accordi integrativi aziendali, le Aziende ULSS stabiliscono, relativamente agli addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza sanitaria territoriale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione ad eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni, nonché la loro distribuzione territoriale.

Le prestazioni non differibili andranno definite, entro sei mesi dalla pubblicazione del presente Accordo, istituendo un apposito gruppo di lavoro.

Nelle more, le Aziende garantiscono comunque il servizio con modalità concordate con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale.

### **Norma Finale n.8**

Come previsto dall'ACN art. 59 comma 6 la corresponsione dell'indennità di collaboratore di studio, avverrà in caso di assunzione di personale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionale (4° livello o superiore) e/o fornito da società cooperative ed associazioni di servizio.

Il personale assunto con il contratto di lavoro dipendente e/o fornito da società di servizio, al fine dell'erogazione della prevista indennità dovrà assicurare un numero di ore settimanali lavorative non inferiore a 10 (dieci) ed un trattamento economico non inferiore ai minimali previsti dal 4° livello o 4° livello superiore del CCNL dei dipendenti degli studi professionali.

Potrà essere parimenti riconosciuto ogni altro contratto stipulato nel rispetto della normativa vigente e che preveda una corresponsione di emolumenti pari alla somma sopra citata e una modalità oraria compatibile con quella sopra indicata.

La corresponsione dell'indennità di cui all'art. 59 dell'ACN comma 6 non dovrà comunque essere percepita in misura superiore all'onere effettivamente sostenuto dal medico per il proprio collaboratore.

Le risorse precedentemente impegnate con delibera 1156/2002 si intendono confermate relativamente alla corresponsione massima dell'indennità di collaboratore di studio al 55% della popolazione regionale .

Le parti concordano che l'indennità di cui sopra sia tacitamente confermata a tutti coloro che alla data di pubblicazione del presente accordo già la percepiscono e che nuove domande saranno accettate fino al raggiungimento della quota del 55% della popolazione regionale.

Si rimanda all'art. 59 dell'ACN per la definizione di quanto non previsto nel presente AIR.

### **Norma finale n.9**

Come previsto dall'ACN art 59 comma 7 ai medici di assistenza primaria che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale per la categoria , fornito da società cooperative o associazioni di servizio o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendale , o altre modalità contrattuali di assunzione previste dalla normativa nazionale vigente è corrisposta una quota di € 4,00 ad assistito nella misura massima del 3% della popolazione residente nella regione Lazio.

Tale infermiere professionale non potrà essere assunto per un numero inferiore a ore 1 ogni 200 assistiti (es. 5 ore settimanali per mille assistiti).

### **Norma finale n.10**

In coerenza con il disposto dell'art. 5, lettera g) e dell'art. 6, lettera g) dell' Accordo collettivo nazionale, la formazione dei Collaboratori di studio è riconosciuta essere una priorità ad alto valore aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale ed un investimento strategico per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale nei confronti dei cittadini.

Pertanto e' di fondamentale importanza per una maggiore qualità professionale nell' attività di studio, che i collaboratori di studio possano essere formati all'interno degli strumenti della medicina generale, sia con fondi pubblici che con quelli privati.

L'attività di formazione in questo caso deve essere retribuita direttamente o mediante un incentivo al datore di lavoro, che sarà concordato in sede di Comitato Regionale, a parziale rimborso delle spese sostenute.

Parimenti si individueranno corsi master per il personale infermieristico dedicato al territorio.

### **Norma Finale n.11**

I medici convenzionati per l'Assistenza Primaria possono, previa comunicazione, al Distretto di appartenenza, trasferire la residenza, mantenendo il domicilio nel Comune in cui operano in base a quanto disposto dall'art. 35, comma 3 dell' ACN.

### **Norma Finale n.12**

Le parti concordano che sarà compito dell'Osservatorio Regionale per l'appropriatezza individuare modalità prescrittive uniformi su tutto il territorio regionale per i presidi sanitari e farmaci a distribuzione diretta.

### **DICHIARAZIONI A VERBALE**

#### **Dichiarazione a verbale n° 1**

Le OO.SS. firmatarie del presente accordo concordano che l'applicabilità degli obiettivi contenuti nello stesso, pur condivisi nella loro totalità, è vincolata ad una precisa disponibilità economico-progettuale che porti ad una reale riqualificazione dell'assistenza territoriale e di tutte le figure professionali coinvolte.

Tenuto conto della difficile congiuntura economica e della nuova cornice normativa nazionale, il raggiungimento degli obiettivi potrà ottenersi solo con una necessaria gradualità legata alla disponibilità delle risorse impegnate.

Le parti si impegnano, in accordo con gli obiettivi programmatici della attuale amministrazione regionale, a formalizzare progetti utili a strutturare il sistema delle cure primarie, anche tramite l'utilizzo di finanziamenti sia provenienti dal Ministero della Salute che dalla Comunità Europea nell'ambito delle cure primarie.

#### **Dichiarazione a verbale n° 2**

In considerazione dell'utilizzo improprio, continuativo ed abituale dei medici di CA in situazioni tipiche dell'area dell'emergenza-urgenza medica e psichiatrica, si concorda di perfezionare i percorsi finalizzati al riconoscimento della specificità dei ruoli per garantire l'assistenza più idonea al paziente al fine di evitare che si verifichino situazioni a rischio per lo stesso anche in considerazione dei limiti e dei compiti del medico di CA.

#### **Dichiarazione a verbale n° 3**

Per l'area metropolitana di Roma si auspica il ripristino della Guardia Psichiatrica attiva 24 ore su 24 e non solo nei feriali dalle ore 8.00 alle 18.00.

#### **Dichiarazione a verbale n°4**

Le rappresentative sindacali firmatarie del presente accordo chiedono che la corretta e puntuale applicazione dello stesso venga messa nei criteri di valutazione del raggiungimento obiettivi da parte dei Direttori Generali delle Aziende USL.

**Dichiarazione a verbale n°5**

Attualmente la formazione universitaria è priva di finanziamenti specifici; la parte sindacale auspica l'individuazione, da parte della Regione, di un finanziamento ad hoc.

**Dichiarazione a verbale n.6**

- La commissione preposta all'elaborazione dell'ACR. per la Medicina dei Servizi Territoriali, in considerazione delle peculiarità del Servizio nella regione, e per migliorare la qualità del Servizio ai cittadini, esprime l'auspicio che si possano concedere nuovi incarichi a tempo indeterminato nell'attività di medicina dei servizi.



**Allegato 1**

Istituto convenzionale	Tariffa capitarla	% al 31/12/05	Costo al 31/12/05	Costo x 3 mesi 2006	% del nuovo accordo	Costo nuovo accordo x 9 mesi	Totale al 31/12/2006
Medicina associazione	2,58	28,74	3.650.982	912.745	Esaurimento	2.738.237	3.650.982
Medicina in rete	4,70	10,65	2.464.624	616.156	15,00	2.603.475	3.219.631
Medicina di gruppo	7,00	30,40	10.477.914	2.619.478	35,00	9.047.541	11.667.019
Collaboratore studio	3,50	37,66	6.490.103	1.622.525	50,00	6.462.487	8.085.012
Infermiere professionale	4,00	0,51	100.446	25.111	3,00	443.142	468.253
Indennità informatica	929,62	65,37 (3216)	3.282.109 ?	747.730		2.894.400	3.642.130
<b>TOTALE</b>			<b>26.466.179</b>	<b>6.543.745</b>		<b>24.189.282</b>	<b>30.733.027</b>
Schede		20 schede	per 4920 medici				<b>3.936.000</b>
							<b>34.669.027</b>
Indennità per la continuità della assistenza	9 mesi x 0,5						<b>15.860.160</b>
<b>Totale generale</b>							<b>50.529.187</b>

N° assistiti 4.923.832

N° MMG 4.920

Roma, 14.3.2006