

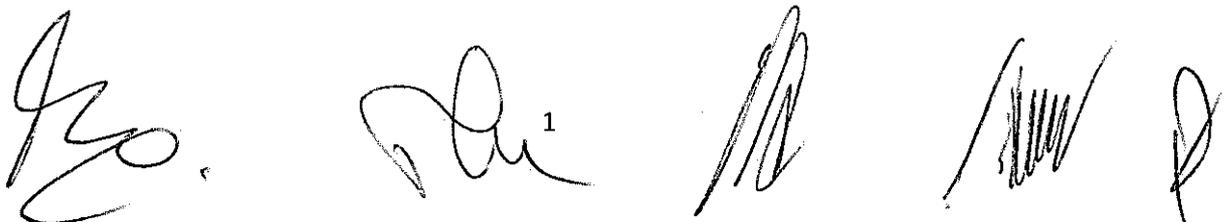
**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE QUADRO
IN ATTUAZIONE DEL CAPO III SULLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 2009 PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

tra l'Assessore Regionale alla Salute Politiche Sociali e Disabilità
e le Organizzazioni Sindacali FIMMG, SNAMI, SMI e Intesa Sindacale

PREMESSA

Premesso che:

- ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo 502/1992, il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali (ACN) stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 412/1991, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale mentre è demandata agli accordi integrativi regionali (AIR) la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;
- mediante intese sancite nella Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, in conformità alle disposizioni recate dall'art. 2-nonies, della legge 138/2004, sono stati resi esecutivi:
 - l'ACN 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
 - l'ACN 29 luglio 2009 per il quadriennio normativo 2006-2009 e biennio economico 2006-2007 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
 - l'ACN 8 luglio 2010 per il biennio economico 2008-2009 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
 - l'ACN 21 giugno 2018 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale stipulato in attesa della conclusione della contrattazione per il triennio economico e normativo 2016-2018;
- in particolare, l'intesa sull'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per il triennio 2016-2018 (Rep. Atti n 113/CRS del 21 giugno 2018) prevede che la programmazione regionale finalizzi i rispettivi AAIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nel piano nazionale della cronicità, nel piano nazionale prevenzione vaccinale, nell'accesso improprio al pronto soccorso e nel governo delle liste d'attesa e dell'appropriatezza;
- le "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale anno 2019", approvate in via definitiva con deliberazione della Giunta regionale n. 448 dd. 22.03.2019, stabiliscono, per quanto attiene, in particolare, la riorganizzazione dell'assistenza medica primaria, che deve essere opportunamente censita ed armonizzata l'attività dei medici a rapporto orario (medici di continuità assistenziale, MCA), al fine del loro progressivo inserimento nelle forme associative – in primis le AFT;
- secondo quanto previsto dall'ACN 21.06.2018, gli AAIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio;



- con DGR n. 1381/2019 del 09.08.2019 è stato approvato l'Accordo integrativo regionale per i medici di medicina generale sottoscritto il 23 luglio 2019 il quale prevede, tra l'altro, l'adozione di un ulteriore Accordo quadro regionale per disciplinare l'impiego in attività a rapporto orario dei MCA;
- in data 5 settembre 2019 è stato sottoscritto tra SISAC e OOSS di categoria maggiormente rappresentative un verbale di preintesa dell'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale;
 - le "Linee guida regionali in merito all'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 12 della legge 25/06/2019, n. 60 conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria" approvate nella seduta del 25.07.2019 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome hanno definito le regole per favorire una omogenea applicazione, su tutto il territorio nazionale, di quanto previsto dalla vigente normativa sulla formazione in materia sanitaria e sui medici di medicina generale ed, in particolare, in materia di accesso al corso triennale di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto Legge n. 135/2018 convertito con Legge n. 12/2019 ed al Decreto Legge n. 35/2019 convertito con Legge 60/2019;

Tutto ciò premesso, le parti danno atto che con il presente accordo quadro intendono colmare la carenza esistente in materia di definizione di modelli organizzativi e strumenti operativi atti a garantire la continuità dell'assistenza demandata alla contrattazione regionale dall'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.; dare attuazione alle Linee annuali 2019 per la gestione del SSR nonché regolamentare e sistematizzare le modalità del possibile impiego dei MCA nelle attività a rapporto orario diverse da quelle istituzionalmente previste e garantite ai sensi dell'ACN dal Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) notturno, prefestivo e festivo e armonizzare l'impiego dei MCA nelle attività ambulatoriali e domiciliari di rinforzo nella risposta a richieste "non emergenti e non differibili", in attuazione di quanto previsto dall'AIR ponte 2019 per i medici di medicina generale del 23.07.2019.

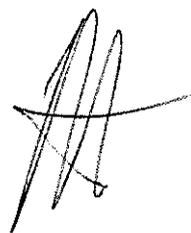
CAPO I

1. QUADRO DI RIFERIMENTO

1. L'Accordo Collettivo Nazionale (di seguito ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 23 marzo 2005 e successivamente integrato in data 29 luglio 2009 ed in data 21 giugno 2018, regola, al Capo III, il Servizio di Continuità Assistenziale (di seguito SCA) svolto dai Medici di Medicina Generale di Continuità Assistenziale (di seguito MCA).
2. Costituiscono specifici elementi caratterizzanti: la natura del rapporto di lavoro, l'organizzazione delle attività da parte delle Aziende sanitarie, il conferimento di incarichi nel limite di un massimale orario settimanale predefinito, la disponibilità di sedi attrezzate, dei farmaci, del materiale e dei mezzi necessari all'esercizio delle attività disciplinate dall'ACN, nonché l'assicurazione contro gli infortuni a carico dell'Azienda.
3. SCA garantisce l'assistenza medica, ai sensi dell'art. 62, comma 1, e dell'art. 67, commi 1 e 2, assicurando le relative prestazioni non differibili a tutta la popolazione residente o con domicilio sanitario nell'ambito territoriale di competenza.
4. L'ACN demanda ad apposito Accordo Regionale (AIR):
 - a. la definizione delle modalità di svolgimento dell'attività in *modo funzionale*, nell'ambito delle équipe territoriali secondo un sistema di disponibilità domiciliare o in *modo strutturato*, in sedi territoriali adeguatamente attrezzate (art.62, comma 4);




2





- b. l'organizzazione secondo cui i MCA sono incaricati di espletare il relativo servizio in uno specifico ambito territoriale secondo modelli adeguati a facilitare le attività istituzionali e l'integrazione tra le diverse funzioni territoriali (art.62, comma 5);
 - c. la definizione di meccanismi di operatività sinergica tra SCA e quello di Emergenza Sanitaria Territoriale (EST) al fine di arricchire il circuito professionale dell'emergenza e della medicina di famiglia per garantire la massima efficienza della rete territoriale e la integrazione con quella ospedaliera, limitando le soluzioni di continuo nei percorsi di assistenza al cittadino (art. 62, comma 7);
 - d. la definizione delle prestazioni ambulatoriali eseguibili dal MCA in situazioni particolari, ove le condizioni strutturali lo consentano, previ Accordi aziendali (art.67, comma 3);
 - e. la previsione di forme sperimentali di triage da svolgersi nell'ambito delle attività in équipe o in UTAP (Unità Territoriale Assistenza Primaria) o in altre forme organizzative delle cure primarie per realizzare risposte di continuità assistenziale maggiormente appropriate (art.67, comma 4);
 - f. la definizione dell'organizzazione della continuità dell'assistenza a cittadini non residenti temporaneamente presenti nelle località a forte flusso turistico, anche sulla base di quanto disposto dall'art.32 dell'ACN "Assistenza ai turisti" (art.67, comma 14);
 - g. la previsione di quote variabili aggiuntive di compenso finalizzate a remunerare le attività cui partecipa il MCA (art.67, comma 17), analogamente agli altri Medici di Medicina Generale che ad esse partecipano. Tali attività sono primariamente orientate a promuovere la piena integrazione tra i diversi professionisti della Medicina Generale, anche mediante la regolamentazione di eventuali attività;
 - h. l'individuazione degli ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del MCA alle attività previste nelle équipe territoriali, nelle UTAP e nelle altre forme organizzative delle cure primarie (art.67, comma 18);
 - i. la definizione degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione relativamente al conferimento degli incarichi di sostituzione e provvisori (art.70, commi 8 e 15);
 - j. la definizione degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione e di remunerazione della reperibilità (art.71, comma 3);
 - k. la definizione delle competenze delle Aziende in caso di attivazione SCA nell'ambito dell'UTAP, delle équipe territoriali o delle altre forme organizzative strutturali delle cure primarie (art.68, comma 5).
5. L'ACN prevede altresì che l'Azienda:
- a. sia tenuta a fornire al MCA i farmaci ed il materiale necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio (art.68, comma 1) sulla base di un Protocollo che verrà definito a cura della DCS (Direzione Centrale Salute), in accordo con le OOSS dei MMG, entro sessanta giorni dalla data di esecutività del presente Accordo;
 - b. provvede ai sensi dell'art.68, comma 4, dell'ACN:
 - i) alla disponibilità dei mezzi di servizio e dell'idonea strumentazione;
 - ii) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate, su supporto magnetico o digitale, presso le sedi operative;
 - iii) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei MCA compreso il ricettario SSR per la prescrizione di farmaci e prestazioni.

2. FINALITÀ

- 1. Il presente Accordo intende dare attuazione al Capo III dell'ACN, integrandolo e disciplinando in particolare:
 - a. l'assetto organizzativo ed il rapporto ottimale;
 - b. la definizione di dotazioni essenziali ed idonee a garantire la sicurezza in tutte le sedi SCA;
 - c. la definizione di dotazioni strumentali, di applicativi informatici e di connessioni telematiche al fine di garantire la continuità informativa, la prescrizione di farmaci e prestazioni, la certificazione di malattia,

nonché l'utilizzo sistematico del registro informatizzato, qualora disponibile, per la rendicontazione delle diverse attività SCA, in sostituzione della modalità cartacea di registrazione, il cui format, adeguato al servizio, viene definito a livello regionale;

- d. le modalità di sostituzione e di attribuzione da parte delle Aziende, degli incarichi provvisori per i MCA;
- e. l'organizzazione della reperibilità;
- f. la partecipazione alle AFT;
- g. la formazione;
- h. l'utilizzo delle quote di incentivazione aggiuntiva per obiettivi da applicare in tutte le Aziende della Regione;
- i. la definizione di modalità di risposta ai cittadini non residenti in Regione e non residenti nell'ambito territoriale di competenza della Sede;
- j. la definizione di ulteriori attività che possono essere disciplinate attraverso Accordi integrativi aziendali (AIA);
- k. la disciplina della figura di coordinatore SCA.
- l. le attività a rapporto orario, previste dall'ACN e declinate con specifici AIA sulla base del presente AIR, diverse da quelle istituzionali di cui al comma 1 dell'art. 62 dell'ACN (notturno, prefestivo, festivo ed anticipi);
- m. le iniziative a tutela della salute in caso di maternità e di inidoneità parziale alla mansione.

3. ASSETTO ORGANIZZATIVO E RAPPORTO OTTIMALE

1. Fatto salvo quanto previsto dall'ACN in materia di rapporto ottimale, in caso di criticità collegate a particolari situazioni orogeografiche, sanitarie, sociali, abitative, stagionali ed in relazione alla densità della popolazione, per garantire comunque il servizio, le Aziende possono individuare le sedi disagiate e proporre al Comitato Aziendale un diverso rapporto medico/popolazione (+/-30%) e la modifica, anche temporanea, dell'assetto organizzativo.
2. Il calcolo del rapporto ottimale, di cui al comma 2 dell'art. 64 ed in aderenza al comma 1 dell'art. 65 del vigente ACN, fa riferimento alle sole attività SCA di cui all'art. 62 comma 1 del citato ACN.
3. In relazione alla contingente carenza dei medici di medicina generale, il comma 1, articolo 9 del DL 135/2018 convertito con L. 12/2019 prevede che fino al 31 dicembre 2021 i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. In particolare, il comma 2, articolo 9 del DL 135/2018 convertito in L. 12/2019, stabilisce che le Regioni e le province autonome prevedono limitazioni del massimale degli assistiti in carico o del monte ore settimanale da definire nell'ambito dell'accordo collettivo nazionale. Nelle more della definizione del citato ACN, per non pregiudicare la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso, si applica il punto 2. delle "Linee guida regionali in merito all'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 12 della legge 25/06/2019, n. 60 conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria" approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 25.07.2019 con documento 2019/137/CR7a/C7.
4. Laddove possibile, per ragioni di ottimizzazione, di tempestività della risposta e di sicurezza, in accordo con le OOSS, si dà la preferenza a postazioni che accolgano almeno due medici per turno, con riferimento ad un bacino di popolazione stabilito in base ai criteri di cui al precedente comma e agli effettivi carichi di lavoro.
5. Anche nel caso di assegnazione di incarichi di sostituzione di cui all'art. 70 dell'ACN si applicano i criteri di cui all'art. 63 dell'ACN per l'attribuzione della sede di servizio.

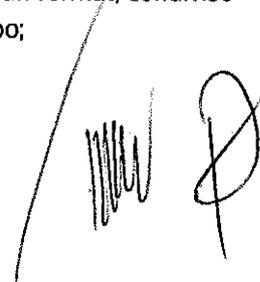


4. SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: DOTAZIONI E GARANZIE MINIME ED ESSENZIALI DI SICUREZZA

1. Le sedi di servizio devono essere organizzate in modo tale da impedire l'ingresso incontrollato degli utenti. Nell'ottica dell'integrazione dei MCA con le altre forme organizzative territoriali si ritiene che la collocazione naturale del SCA sia presso le sedi distrettuali e/o subdistrettuali.
2. È facoltà del singolo MCA, sulla base delle proprie valutazioni e responsabilità in considerazione della specifica richiesta telefonica pervenuta al medico stesso, proporre al singolo richiedente l'effettuazione della visita presso la sede SCA, in alternativa alla visita domiciliare.
3. Le Aziende, in ottemperanza all'art.68, comma 2, dell'ACN, assumono tutte le iniziative necessarie a garantire dignità e sicurezza alla figura professionale del MCA, adottando le misure di prevenzione previste. A tale scopo le sedi di servizio devono essere dotate di idonei locali in possesso dei requisiti igienico sanitari degli ambienti di lavoro previsti dalla normativa vigente per la sosta ed il riposo dei medici e per ogni altra attività qualora prevista.
4. A tutela della sicurezza dei professionisti operanti nei servizi e dell'uniformità della gestione dell'assistenza medica agli assistiti, viene disposta la definizione di uno standard minimo ed essenziale di dotazioni e procedure mediante apposito Protocollo predisposto entro sessanta giorni dalla data di recepimento del presente Accordo a cura della DCS in accordo con le OOSS dei MMG.
5. Ai fini dell'armonizzazione, nelle diverse Aziende, delle procedure di acquisizione dei rilievi clinici al domicilio del paziente, ai sensi dell'art.69 dell'ACN, il modulario informativo di cui all'Allegato M dell'ACN, fornito ad ogni MCA dall'Azienda, va predisposto in triplice copia, di cui una, da consegnare all'assistito, è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), una viene acquisita agli atti del servizio, la terza viene conservata dal MCA. Il protocollo di cui al punto 4 del presente articolo stabilisce le modalità di acquisizione da parte delle Aziende della copia agli atti di servizio. Il MCA annota nel campo di rilievo dei dati clinici presente nel registro elettronico o, laddove non disponibile, nel registro cartaceo, la dicitura "Compilato modulo M".

5. STRUMENTI INFORMATICI: DOTAZIONI E UTILIZZO

1. Ciascuna sede SCA deve essere dotata di strumenti informatici connessi in rete con il sistema informatico regionale.
2. I MCA utilizzano gli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda, nel rispetto della normativa vigente e degli Accordi in essere, compresi quelli finalizzati a favorire l'integrazione con l'Assistenza Primaria in relazione alla popolazione di riferimento nell'ambito della AFT, consentendo la condivisione dei dati clinici, la consultazione del FSE e l'alimentazione del PSS, così come disciplinato in ACN.
3. Le Aziende sono tenute a mettere a disposizione dei MCA entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo:
 - a. gli strumenti necessari per l'utilizzo sistematico del Registro elettronico informatizzato per la rendicontazione delle diverse attività SCA (secondo le previsioni di cui al punto 3.2.1.1 delle Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale anno 2019 - DGR 448/2019, che qui si riportano: obiettivo aziendale "Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure sull'apposito applicativo messo a disposizione da Insief"; risultato atteso: "Attivazione di idonee postazioni informatiche presso ciascuna sede aziendale di continuità assistenziale entro il 30.06.2019"), che i MCA sono tenuti ad utilizzare in completa sostituzione della modalità cartacea di registrazione; tale Registro elettronico tiene conto delle specifiche professionali del MCA e si basa su un format, condiviso con le OOSS di categoria, che potrà essere opportunamente implementato nel tempo;



- b. una o più postazioni informatiche in proporzione al numero di MCA in servizio per ogni turno e al volume di attività in ogni sede.
4. Il MCA è tenuto a segnalare tempestivamente al Coordinatore SCA di cui all'art. 14 del presente Accordo, laddove previsto, o all'ufficio aziendale a ciò preposto, eventuali malfunzionamenti e disservizi.

6. INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI

1. Ad integrazione delle disposizioni previste dall'art. 2 dell'ACN del 21.06.2018, le Aziende, entro trenta giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale definitiva, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di una graduatoria aziendale di medici disponibili all'eventuale conferimento di un incarico a tempo determinato, provvisorio, di sostituzione o reperibilità;
2. Gli incarichi vengono conferiti ai medici in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, abilitati all'esercizio della Professione, iscritti all'Albo Professionale ed in possesso della cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni previste dalle leggi esistenti; per l'ordine di priorità di assegnazione degli incarichi si fa riferimento alle vigenti previsioni normative e contrattuali.
3. È concessa al MCA, che si trovi eccezionalmente nell'impossibilità di svolgere il proprio turno, la possibilità di programmare lo scambio di turno, dandone tempestiva comunicazione al Coordinatore SCA di cui all'art. 14 del presente Accordo, laddove previsto, o all'ufficio aziendale a ciò preposto.
4. In caso di impossibilità allo svolgimento dell'attività per un periodo fino a nove giorni, il medico incaricato del turno deve darne tempestiva comunicazione al Coordinatore SCA di cui all'art. 14 del presente Accordo, laddove previsto, o all'ufficio aziendale a ciò preposto, che provvederà alla sostituzione secondo la graduatoria aziendale; l'assegnazione dei turni di sostituzione avverrà in modo equo, trasparente e proporzionale alla posizione occupata in graduatoria.
5. Diverse modalità organizzative e gestionali possono essere previste in modo condiviso con le OOSS da regolamento aziendale e/o AIA.

7. REPERIBILITÀ

1. Ai sensi dell'art. 71, commi 1 e 2, dell'ACN, ogni Azienda sanitaria regionale organizza la reperibilità per i MCA, per eventuali sostituzioni in caso di assenza improvvisa non programmata del Medico in turno di servizio.
2. Oltre a quanto previsto dal comma 1 dell'art. 71 ACN, l'istituto della reperibilità viene applicato ogni qualvolta venga attivato il SCA.
3. Per ogni turno di reperibilità previsto dal presente articolo spetta il compenso orario pari all'onorario professionale secondo quanto disposto dall'art.72, comma 1, dell'ACN.
4. Le ore svolte in forma di reperibilità non concorrono alla determinazione del massimale orario previsto.
5. In caso di eventi in cui eccezionalmente il servizio non venga coperto dalla reperibilità, per assenze improvvise e non previste, il MCA di una postazione limitrofa, individuata dall'Azienda sanitaria, può essere incaricato di coprire il servizio su entrambe le sedi; in tal caso gli è riconosciuta una indennità aggiuntiva pari al 100% del compenso totale dovuto per le ore di effettiva copertura straordinaria della postazione limitrofa.
6. La gestione dei turni di reperibilità rientra tra i compiti del Coordinatore di SCA di cui all'art. 14 del presente Accordo, laddove previsto, o all'ufficio aziendale a ciò preposto.
7. Ogni qualvolta il MCA assegnatario del turno ricorra all'attivazione della reperibilità, lo stesso è tenuto ad autocertificare al Coordinatore SCA, laddove previsto, o all'ufficio aziendale a ciò preposto, la problematica oggettiva che ha impedito lo svolgimento del turno.
8. Entro il 31 gennaio 2020 le Aziende disciplinano, sentito il Comitato Aziendale ex art. 23 dell'ACN, le modalità di organizzazione delle forme di reperibilità previste dal presente articolo ed il numero di medici in reperibilità, fino al numero massimo di un MCA per distretto, fatto salvo quanto previsto dalla Norma finale n. 4 del



presente Accordo.

8. PARTECIPAZIONE ALLE AFT

1. Il Medico titolare di rapporto di convenzione per le sole attività di cui al Capo III dell'ACN 29/07/2009 è assegnato automaticamente alla AFT di riferimento della sede ove opera; qualora il MCA sia o diventi anche titolare di rapporto convenzionale di Assistenza primaria, viene assegnato e partecipa alle attività dell'AFT in cui esercita l'attività di Assistenza primaria.
2. Gli Accordi Aziendali disciplinano la partecipazione dei MCA alle attività delle AFT potendo prevedere specifici obiettivi incentivati con fondi propri, avuto riguardo di quanto previsto dalla Norma finale n. 4 del presente Accordo.

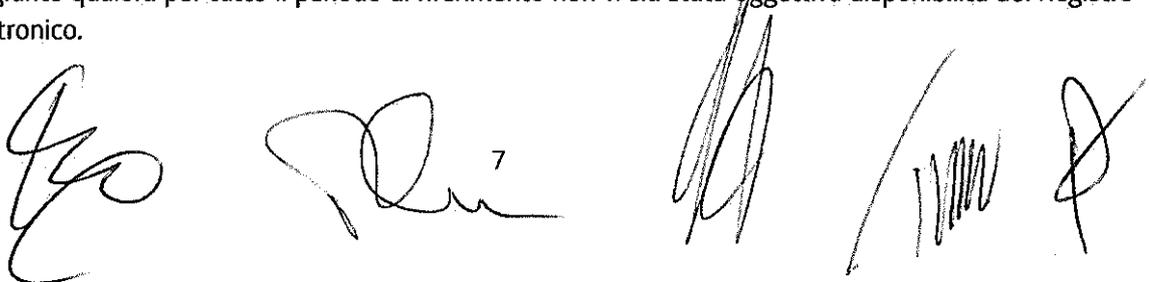
9. FORMAZIONE

1. L'Azienda sanitaria organizza, anche con l'eventuale supporto di Cefomed e in integrazione con le attività formative/di audit in AFT, il percorso di formazione obbligatoria, accreditata e retribuita a quota oraria secondo quanto definito dall'art.20 dell'ACN, per l'intero debito formativo previsto dalle norme vigenti.
2. Il Coordinatore SCA di cui all'art 14 del presente Accordo, laddove previsto, o l'ufficio aziendale a ciò preposto, concorre con i referenti della formazione indicati dall'Azienda alla definizione del programma di formazione obbligatorio e accreditato ECM per i MCA, anche alla luce delle risultanze delle analisi dei dati derivanti dalle registrazioni delle attività di cui all'art. 10 del presente Accordo.

CAPO II

10. QUOTE DI INCENTIVAZIONE AGGIUNTIVA: OBIETTIVI REGIONALI

1. La quota di incentivazione aggiuntiva, pari a complessivi € 3,00/ora, a cui si aggiunge un importo equivalente all'indennità mancata AIR (pari a € 0,234), che viene a cessare secondo quanto previsto dalla Norma finale n. 3 del presente Accordo, viene destinata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:
 - a. garanzia del servizio a tutti i cittadini residenti o con domicilio sanitario in regione, anche se si trovano occasionalmente al di fuori del proprio ambito territoriale di riferimento;
 - b. utilizzo del Registro elettronico, quando disponibile, mediante compilazione del format previsto (di cui all'art. 5, comma 3, lettera a, del presente Accordo);
 - c. registrazione dei contatti ai quali abbia fatto seguito l'invio del paziente al PS o la richiesta di intervento del 112 nonché di quelli in cui il PS o la Centrale operativa/112 abbiano indirizzato il paziente al SCA;
 - d. partecipazione alle AFT di cui all'art. 8 del presente Accordo.
2. L'obiettivo si intende raggiunto se nel mese considerato:
 - a. vi sia evidenza di utilizzo del Registro elettronico per almeno il 90% del totale dei contatti, ricavato dalla somma dei contatti registrati dal MCA su Registro elettronico e su Registro cartaceo, messo a disposizione dall'Azienda in ogni sede, durante il turno di servizio. I turni di servizio in cui si sia verificata la mancata registrazione elettronica per cause non imputabili al MCA (quali disservizi del sistema informatico o qualora non si siano verificati contatti durante il turno di servizio) vanno scorporati dal calcolo al fine di raggiungimento dell'obiettivo. Il MCA annota nel registro cartaceo le cause per cui non ha potuto compilare il Registro elettronico in ogni specifico turno. L'obiettivo si intende comunque raggiunto qualora per tutto il periodo di riferimento non vi sia stata oggettiva disponibilità del Registro elettronico.



- b. vi sia evidenza delle risultanze dei contatti che hanno comportato un flusso di pazienti tra SCA e PS/112; la mancata registrazione (per cause non imputabili al MCA quali disservizi del sistema informatico o qualora non si siano verificati contatti nel turno di servizio) sarà annotata dal MCA sul registro cartaceo, messo a disposizione dall'Azienda in ogni sede. In tali occasioni, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo, farà fede quanto annotato sul registro cartaceo.
- 3. La verifica del conseguimento degli obiettivi compete al Direttore di Distretto o, laddove previsto, al Responsabile Aziendale del servizio, con cadenza semestrale, salvo diverse previsioni stabilite in Accordo aziendale.
- 4. I compensi relativi al raggiungimento degli obiettivi sono erogati mensilmente, salvo conguaglio.

11. ASSISTENZA A CITTADINI NON RESIDENTI NELL'AMBITO DEL TERRITORIO DI RIFERIMENTO DELLA SEDE SCA

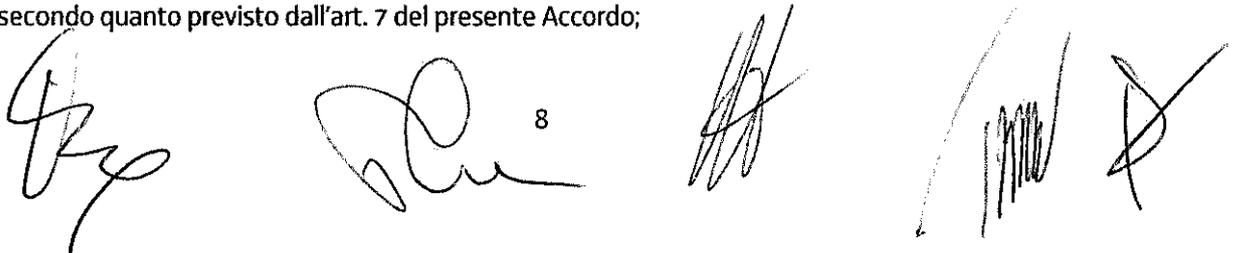
- 1. Il SCA è strutturato prioritariamente per dare risposta ai problemi di salute fornendo prestazioni assistenziali territoriali non emergenti, ma indifferibili.
- 2. La gratuità del servizio è prevista dagli AACNN per i cittadini residenti nell'ambito territoriale SCA e per quelli non residenti in Friuli Venezia Giulia, ma con domicilio sanitario in tale ambito territoriale, previa evidenza dell'iscrizione nella lista di assistiti di un MMG di Assistenza Primaria del Distretto corrispondente.
- 3. Per le sole prestazioni non differibili, la gratuità del servizio è invece garantita, ai cittadini residenti in Friuli Venezia Giulia, ma fuori dell'ambito territoriale SCA, e per quelli che non hanno effettuato la scelta del MMG di AP nell'ambito di competenza territoriale SCA, con la corresponsione ai MCA dell'incentivo economico di cui all'art. 10, comma 1, del presente Accordo.
- 4. Le prestazioni rese ai cittadini non residenti in Friuli Venezia Giulia prevedono la corresponsione al MCA da parte del cittadino di una tariffa equiparata a quella vigente nel tempo e prevista dall'ACN per le visite occasionali erogate dai MMG di AP; il MCA incasserà il relativo importo rilasciando idoneo documento contabile. Qualora con successivo Accordo e/o con altri atti regionali si ridefiniscano le tariffe per le prestazioni rese a cittadini non residenti temporaneamente presenti nelle località a forte flusso turistico (nell'ambito delle attività svolte dalla c.d. Guardia Medica Turistica, GMT), le tariffe per le prestazioni di cui al presente comma si conformeranno a quelle previste per la GMT.

12. INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER "SUPERFESTIVI"

- 1. Si conferma l'indennità aggiuntiva per turno "superfestivo" prevista dall'AIR di cui alla DGR 269/2006 e l'estensione della stessa ai turni dei prefestivi collegati a tali giorni definita dal medesimo AIR.

13. ULTERIORI IPOTESI DISCIPLINATE DA ACCORDI AZIENDALI

- 1. Le Aziende sono tenute a definire, mediante apposito Accordo Integrativo Aziendale:
 - a. le modalità di identificazione dell'operatore e di rilevazione della presenza dei MCA in turno (inizio e fine turno), mediante la messa a disposizione e l'utilizzo di badge elettronico in completa sostituzione della modalità cartacea; la rendicontazione mensile elettronica, utile alla liquidazione del MCA, sarà quindi di pertinenza dell'Ufficio aziendale a ciò preposto;
 - b. l'integrazione operativa dei MCA nelle forme organizzative funzionali entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, favorendo, anche attraverso la partecipazione dei MCA alle riunioni/audit delle AFT, il raggiungimento del debito formativo triennale ECM;
 - c. l'istituzione di forme di reperibilità per i MCA secondo le previsioni dell'art. 71, comma 3, dell'ACN e secondo quanto previsto dall'art. 7 del presente Accordo;



- d. la previsione della progressiva inclusione dei MCA nelle forme organizzative erogative monoprofessionali e multiprofessionali;
2. Le Aziende possono inoltre definire, mediante apposito Accordo Integrativo Aziendale:
 - a. l'istituzione a livello distrettuale/aziendale del/i Coordinatore/i di SCA individuato/i tra i MCA delle sedi ai sensi dell'art. 14 del presente Accordo.
 - b. la previsione di eventuali attività ambulatoriali SCA, ad accesso regolamentato nelle sedi idonee in termini strutturali, fornite di adeguata strumentazione ed in cui sia garantita la massima sicurezza per utenti e Professionisti, preferibilmente ove sia prevista la presenza in turno di almeno due MCA. Tale attività è disciplinata secondo l'art. 15 del presente Accordo.

14. COORDINATORE SCA

1. Atteso il fatto che compiti e attività descritti nei successivi commi 4 e 5 del presente articolo vengono oggi garantiti dal Direttore di distretto - o da suoi delegati, o da altri Uffici aziendali/distrettuali, con risorse proprie dell'Azienda e fatto salvo quanto previsto dalla Norma finale n. 4, le Aziende possono individuare uno o più Coordinatori SCA, in funzione delle diverse esigenze organizzative aziendali concordate con le OOSS.
2. Ogni Coordinatore SCA è nominato dal Direttore Generale in seno a una terna di MCA in attività nello stesso ambito territoriale di riferimento del coordinamento, proposta dalle OOSS maggiormente rappresentative.
3. L'incarico di Coordinatore SCA ha la durata di un anno, si rinnova tacitamente salvo recesso da parte del medico o della Azienda, comunicato con almeno sessanta giorni di preavviso e cessa, in ogni caso, con la risoluzione del rapporto convenzionale in essere con l'Azienda di appartenenza.
4. Il Coordinatore SCA svolge una funzione organizzativa di coordinamento distrettuale/sovradistrettuale dei MCA, ma anche funzione di raccordo con i Medici di Assistenza Primaria, attraverso i Coordinatori di AFT/l'UDMG e i referenti delle Medicine di Gruppo Integrate; partecipa alle riunioni dell'UDMG su invito dello stesso e concorre all'organizzazione delle attività formative delle AFT di pertinenza, favorendone la partecipazione dei MCA.
5. In particolare, spetta al Coordinatore SCA lo svolgimento delle seguenti attività:
 - a. collaborare con il Direttore di Distretto e/o con gli Uffici aziendali competenti, laddove previsti, per gli aspetti tecnico/organizzativi del SCA e per la trattazione delle specifiche tematiche, da affrontare anche in sede di UDMG;
 - b. raccordarsi mensilmente con tutti i Medici del SCA per concordare la predisposizione dei turni di servizio e di reperibilità; nel caso di mancato raggiungimento dell'accordo sui turni, il Coordinatore ha facoltà di decisione, sentito il Direttore di Distretto e/o agli Uffici aziendali competenti, laddove previsti;
 - c. predisporre i turni di servizio e di reperibilità del SCA, che dovranno essere comunicati entro il giorno 10 del mese precedente a quello di riferimento alla Direzione del Distretto e/o agli Uffici aziendali competenti, laddove previsti, affinché vengano tempestivamente trasmessi a tutti gli interessati;
 - d. trasferire ai nuovi incaricati SCA le conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee guida concordate con l'Azienda, sulla condivisione dei progetti aziendali nonché le informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei servizi in esso esistenti, nonché ogni altro chiarimento ritenuto utile al fine di una corretta e sollecita attività nell'ambito del Servizio;
 - e. monitorare e segnalare al Direttore di Distretto e/o agli Uffici aziendali competenti, laddove previsti, la necessità di adeguata fornitura dei farmaci, del materiale di medicazione e di consumo da mantenere in ogni sede e quanto necessario per il regolare svolgimento dell'attività, secondo le modalità indicate dal presente accordo e dall'Azienda di riferimento, salvo diversa organizzazione aziendale.
6. Per l'espletamento delle attività di coordinamento, l'Azienda riconosce al Coordinatore SCA un compenso mensile di € 500,00, previa verifica, da parte del Direttore di Distretto o degli Uffici aziendali competenti, laddove previsti, dell'avvenuta predisposizione e trasmissione della fumistica mensile al Direttore di Distretto



e/o agli Uffici aziendali competenti, laddove previsti.

7. Nell'ambito di Accordi Integrativi Aziendali possono essere attribuiti al Coordinatore SCA ulteriori compiti con relativo incremento del compenso con risorse proprie dell'Azienda.

15. ATTIVITÀ A RAPPORTO ORARIO E RELATIVO COMPENSO

1. Al fine di migliorare la risposta ai bisogni di salute, si prevede il coinvolgimento del MCA, su base volontaria, anche nelle attività di Assistenza primaria, previste ai sensi dell'art. 67, comma 18, dell'ACN. Tale strategico coinvolgimento del MCA nella gestione di attività distrettuali/aziendali, diverse dai compiti istituzionali del SCA, in condivisione ed integrazione con i Medici di Assistenza Primaria (MMG di AP), può comportare lo svolgimento di attività mediche cliniche, proprie del profilo professionale, diurne feriali, fino alla copertura, di norma, delle 38 ore settimanali, ai sensi dell'articolo 65, comma 4, dell'ACN. Tali attività, fatte salve diverse necessità organizzative Aziendali, possono riguardare attività cliniche da svolgersi nei seguenti ambiti:
 - a. cure palliative (domiciliari e presso RSA/Hospice);
 - b. strutture intermedie;
 - c. residenze per anziani e disabili;
 - d. sanità penitenziaria;
 - e. presidi di primo intervento, ambulatori di prime cure, ambulatori "codici bianchi" o assimilabili;
 - f. programmi assistenziali per persone appartenenti a determinate categorie a rischio, nell'ambito di iniziative strutturate;
 - g. assistiti fragili, pazienti pluripatologici e/o con malattie di lunga durata, o inseriti in programmi assistenziali e per i quali sia stato redatto un piano assistenziale individuale;
 - h. attività diurne ambulatoriali e domiciliari nell'ambito delle forme organizzative dell'assistenza primaria;
 - i. attività ambulatoriali ad accesso regolamentato, di cui all'art 13, comma 2, lettera b, nell'ambito specifico del SCA notturno prefestivo e festivo, su esclusiva ed obbligatoria valutazione del MCA.
2. È demandata alla contrattazione integrativa aziendale la modalità di assegnazione di tali incarichi e la disciplina delle attività previste dai punti di cui al comma 1 del presente articolo.
3. Allo scopo di agevolare la definizione dei progetti e delle attività previste dal presente Accordo Integrativo Regionale, verranno forniti alle Aziende, a cura della DCS e previa condivisione con le OOSS di categoria, specifici indirizzi per l'applicazione uniforme dei relativi obiettivi e per la formazione relativa alle specifiche attività di cui al comma 1 del presente articolo.
4. Per ciascuna delle tipologie di attività di cui al comma 1 del presente articolo, lettere da a ad e, oltre al compenso orario definito dall'art. 72, comma 1, dell'ACN, è prevista una remunerazione oraria aggiuntiva, di entità commisurata al carico di lavoro e alla responsabilità dell'incarico, non inferiore a € 15,00; essa sarà correlata a specifiche progettualità e relativi obiettivi all'interno dell'Accordo Integrativo Aziendale, con risorse proprie dell'Azienda (art. 67, comma 17), fatto salvo quanto previsto alla Norma finale n. 4 del presente Accordo.
5. Per ciascuna delle tipologie di attività di cui al comma 1 del presente articolo, lettere da f ad i, oltre al compenso orario definito dall'art. 72, comma 1, dell'ACN, è prevista una remunerazione oraria aggiuntiva, di entità commisurata al carico di lavoro e alla responsabilità dell'incarico, non inferiore a € 7,50; essa sarà correlata a specifiche progettualità e relativi obiettivi all'interno dell'Accordo Integrativo Aziendale, con risorse proprie dell'Azienda (art. 67, comma 17), fatto salvo quanto previsto alla Norma finale n. 4 del presente Accordo.
6. Oltre a quanto previsto al precedente comma, per le attività di cui al comma 1 del presente articolo, lettere f, g ed h, qualora svolte in maniera strutturata all'interno delle forme organizzative dell'Assistenza primaria, i MCA possono accedere al sistema incentivante previsto per i MMG di AP secondo criteri, obiettivi, indicatori di risultati definiti in Accordo Integrativo Aziendale.



CAPO III

16. MATERNITÀ ED INIDONEITÀ PARZIALE ALLA MANSIONE

1. Qualora, ai sensi del D.LGS 81/2008, il Medico Competente, nei limiti delle prescrizioni da esso indicate, ritenga che un MCA - in stato di gravidanza o al quale sia stato riconosciuto lo stato di inidoneità psico-fisica parziale alla mansione - non possa essere adibito a svolgere turni di Continuità Assistenziale, il MCA sarà adibito, previa accettazione da parte dell'interessata/o e senza ulteriori oneri a carico dell'Azienda, ad altre attività diurne del medesimo ambito territoriale, ai sensi del comma 4 dell'art. 73 del vigente ACN.
2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 18 commi 3, 4, 6 e 7 del vigente ACN in materia di maternità e allattamento, si rimanda alla Dichiarazione congiunta n. 1 del presente Accordo.

17. CARTA DEI SERVIZI SCA

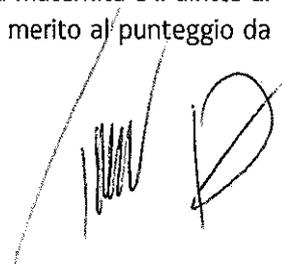
Al fine di migliorare la corretta fruizione del Servizio di Continuità Assistenziale e di garantire una corretta e completa informazione ai cittadini, le parti concordano sull'adozione di un'apposita Carta dei Servizi che verrà predisposta d'intesa con le OOSS firmatarie entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo.

18. NORME FINALI

1. Il presente Accordo triennale è esecutivo dalla data di adozione con atto deliberativo della Giunta regionale ed i suoi contenuti restano in vigore fino al prossimo Accordo Integrativo Regionale in materia ai sensi della Norma Transitoria n. 5 del vigente ACN.
2. Tutti gli Accordi Aziendali vigenti in contrasto con i contenuti del presente Accordo decadono e/o devono essere resi ad esso compatibili entro novanta giorni dall'esecutività del presente Accordo.
3. Dall'entrata in vigore del presente Accordo viene a cessare l'erogazione mensile dell'indennità di mancato AIR; in ogni Azienda, le risorse conseguentemente liberate concorrono a finanziare quanto previsto all'art. 10 del presente Accordo.
4. Le Aziende sanitarie hanno potestà di utilizzare gli strumenti contrattuali disciplinati dal presente Accordo avendo riguardo alla garanzia di mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, alla migliore offerta economica rispetto ad altre soluzioni organizzative adottate per garantire le medesime attività, alle norme vigenti in materia di finanza pubblica nel rispetto del principio di invarianza complessiva di oneri a carico della finanza pubblica. Le Aziende sono tenute a rendicontare alla DCS costi emergenti e costi cessanti in funzione dell'applicazione dei diversi istituti contrattuali attivati. Gli effetti dei costi imputabili alla Continuità Assistenziale derivanti dall'applicazione del presente Accordo andranno opportunamente considerati, da parte di ogni Azienda, all'interno del complesso di voci di costo per la Medicina Generale, ai fini delle valutazioni necessarie in merito al rispetto dei tetti economici previsti dalle vigenti norme di finanza pubblica.
5. Fatto salvo quanto previsto all'art. 14 del presente Accordo, le parti si impegnano a definire nell'ambito del prossimo AIR triennale per i MMG la previsione obbligatoria della figura del Coordinatore SCA.

19. DICHIARAZIONI CONGIUNTE

1. Le parti concordano di impegnarsi in ogni opportuna sede, per quanto di rispettiva competenza, al fine di perseguire soluzioni normative e chiarimenti atti a tutelare al contempo il diritto alla maternità e il diritto al lavoro. La Regione si impegna a formulare a SISAC opportuni quesiti e proposte in merito al punteggio da

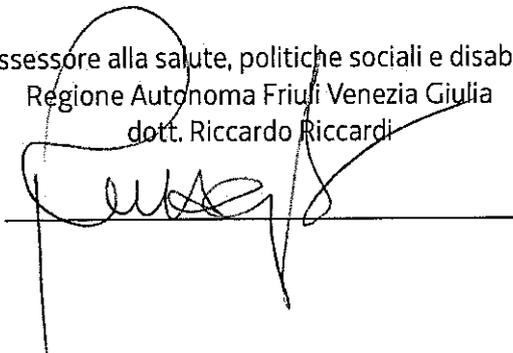


attribuire in caso di sospensione dal servizio per maternità e allattamento, per infortunio sul lavoro o per inabilità allo svolgimento dei compiti di cui al Capo III dell'ACN, nonché in merito alla possibilità e alle modalità di eventuale riduzione dell'orario di servizio.

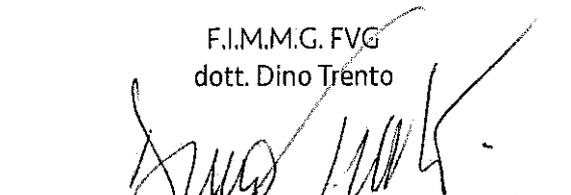
2. Le parti si impegnano a sostenere nelle opportune sedi nazionali ogni iniziativa tesa a garantire il riconoscimento previdenziale per ogni istituto contrattuale previsto per le attività di cui al capo III dell'ACN.
3. Le parti si impegnano a perseguire, anche nell'ambito degli Accordi Integrativi Aziendali, ogni iniziativa tesa a razionalizzare il servizio, con particolare riguardo alla distribuzione delle sedi, all'organizzazione, alla dotazione strumentale, alla sicurezza da garantire ai professionisti e ai cittadini.
4. Le parti si impegnano a definire congiuntamente modalità, strumenti e soluzioni informatiche atte a garantire anche a domicilio del paziente la possibilità di effettuare prescrizioni dematerializzate e attestazioni telematiche, ad ottemperare alla compilazione del modulario informativo di cui all'Allegato M dell'ACN, ad alimentare il FSE del paziente.
5. Le parti si impegnano ad aggiornare la definizione delle giornate e delle indennità per i turni "superfestivi" in occasione del prossimo AIR triennale per i Medici di Medicina Generale.
6. Atteso il fatto che le situazioni di emergenza/urgenza non competono alla figura professionale di MCA, le parti concordano che eventuali criticità nei rapporti tra CO 112/118 e SCA vadano affrontate in opportuna sede aziendale.

Udine, 03 ottobre 2019

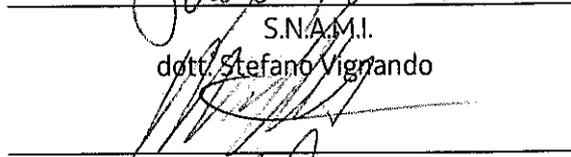
L'Assessore alla salute, politiche sociali e disabilità
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
dott. Riccardo Riccardi



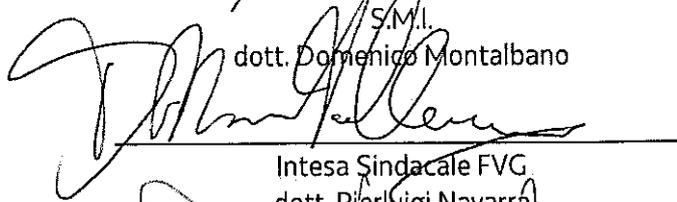
F.I.M.M.G. FVG
dott. Dino Trento



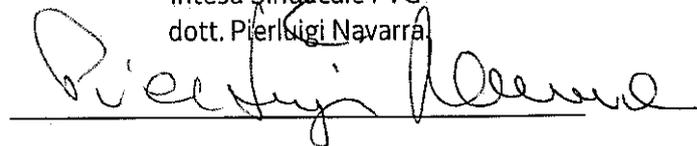
S.N.A.M.I.
dott. Stefano Vignando



S.M.I.
dott. Domenico Montalbano



Intesa Sindacale FVG
dott. Pierluigi Navarra



IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE