

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

OGGETTO: Presa d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto "La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa."

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n 3;

VISTA la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 523 del 11 novembre 2011 avente ad oggetto: "Adozione del regolamento regionale concernente: "Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale)" e successive modifiche";

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni;

VISTO il Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 avente ad oggetto "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004" e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro";

PRESO ATTO che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il dott. Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio secondo i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88 della Legge n. 191 del 2009 e successive modificazioni e integrazioni;

PRESO ATTO che con la suddetta Deliberazione sono stati, altresì, confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente pro-tempore della Regione Lazio con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 come riformulato con la successiva Deliberazione del 20 gennaio 2012;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U00052 del 22 febbraio 2017 concernente: *"Adozione del Programma Operativo 2016 - 2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale"*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U00412 del 14 settembre 2017 concernente: *"Integrazione e modifica del D.C.A. n. 52 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto "Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale»"*.

CONSIDERATO in particolare quanto previsto nel suddetto Programma operativo al punto 9.1- *Governo del rapporto con i MMG/PLS - Riorganizzazione delle forme associative (AFT e UCCP semplici e complesse) all'interno del nuovo Accordo Integrativo Regionale;*

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo dalla Conferenza Stato Regioni con atto di intesa del 23 marzo 2005 e s. m. i. del 29 luglio 2009 e dell'8 luglio 2010;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U00376 del 12 novembre 2014, di recepimento dell'Accordo per la Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale, sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali di categoria in data 3 ottobre 2014;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U00161 del 19 maggio 2017 di recepimento delle Intese tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di medicina generale aventi per oggetto la Cooperazione Applicativa e la dematerializzazione della ricetta

CONSIDERATO che al fine della realizzazione di quanto previsto nel Programma operativo già citato sono proseguiti gli incontri con le OO.SS. di categoria finalizzati alla definizione di un nuovo Accordo per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale per l'attuazione delle forme previste dalla normativa vigente;

VISTO l'Accordo sottoscritto in data 21 dicembre 2017 tra la Regione Lazio e le OO.SS. di categoria della medicina generale, avente ad oggetto " La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa";

RICHIAMATO l'articolo 8 del suddetto Accordo che ne prevede una applicazione progressiva;

DECRETA

Per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento di:

1. di prendere atto dell'Accordo (ALL.1) tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici della Medicina generale avente ad oggetto " La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa";
2. di disporre che il suddetto Accordo verrà attuato con appositi provvedimenti della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali;
3. di prevedere la revisione del contenuto del suddetto Accordo in caso di contrasto con la successiva normativa nazionale e le disposizioni del nuovo Accordo Collettivo Nazionale;
4. di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.L.

22 DIC, 2017

Nicola Zingaretti

La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di Salute e Medicina d'Iniziativa

Premessa

La continuità dell'assistenza, la medicina d'iniziativa con la presa in carico dei pazienti cronici, il governo delle liste di attesa e la piena integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale costituiscono i pilastri del nuovo modello di promozione e tutela della salute dei cittadini che si sta delineando nella Regione Lazio, i così come declinato nel Patto per la Salute 2014- 2016 e dai Programmi Operativi.

La costruzione di un nuovo modello di promozione e tutela della salute è costituita dalla piena integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale costituiti dalle Case della Salute, dagli studi dei medici di medicina generale, dalle forme associative della medicina generale e dai pediatri di libera scelta, dalle farmacie, dai poliambulatori, dai distretti sociosanitari e dai presidi ospedalieri.

*La medicina generale del Lazio è parte integrante di questo modello con l'accordo del 3 ottobre 2014 **"Per la Riorganizzazione Territoriale e la Medicina d'Iniziativa"** mediante il quale sono stati attivati percorsi condivisi sia nella riorganizzazione della rete dei servizi territoriali sanitari come le Unità e gli Ambulatori di Cure Primarie e sia strumentali mediante la Cooperazione Applicativa (interazione dei sistemi informatici tra i Medici di Medicina Generale e la Regione Lazio).*

Il coinvolgimento attivo della medicina generale nell'innovazione del sistema sanitario del Lazio rappresenta un elemento fondamentale per il successo di questa strategia, per garantire la presa in carico dei pazienti cronici e per arrivare progressivamente ad una copertura assistenziale h24, sette giorni su sette.

*In continuità con quanto sottoscritto nel 2014, oggi con la medicina generale ci si propone di mettere in campo degli **"Obiettivi di salute"** a partire dal Governo delle liste di attesa e l'appropriatezza organizzativa, dalla presa in carico, dal Piano per la prevenzione e al potenziamento in ogni distretto della Regione dell'assistenza primaria nei giorni di sabato, domenica e festivi. Si vuole insomma consolidare un percorso già avviato passando da un modello di "medicina d'attesa" dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una "sanità d'iniziativa", con un cambio di paradigma che presuppone un diverso approccio culturale sia dei cittadini e sia degli operatori.*

*La presa in carico del paziente, attraverso percorsi definiti come i PDTA e lo strumento della Cooperazione Applicativa, è una delle azioni fondanti degli **"Obiettivi di salute"**.*

È, pertanto, necessario mettere la rete sanitaria e sociosanitaria del territorio nelle condizioni di operare aumentando la sua capacità di intercettare, prendere in carico e dare risposta ai bisogni assistenziali dei cittadini anche con l'uso dell'ITC.

La medicina generale del Lazio si rende pertanto disponibile insieme all'Istituzione a consentire lo sviluppo di una riorganizzazione strutturale della rete dei servizi usando

come strumenti l'informatizzazione, la modernizzazione, la semplificazione, la telemedicina, la programmazione, l'appropriatezza, piuttosto che l'adozione di provvedimenti di taglio di spesa lineare, garantendo quindi ai cittadini un servizio sanitario migliore, in linea con gli obblighi di bilancio e valorizzando la professionalità degli operatori.

Il coinvolgimento attivo della medicina generale nell'innovazione del sistema rappresenta un elemento fondamentale per il successo di questa strategia e per garantire ai cittadini i livelli essenziali di assistenza.

Le azioni previste per la realizzazione degli "Obiettivi di Salute" sono la rete delle Unità di Cure Primarie, la presa in carico per la gestione della cronicità e delle fragilità, la prevenzione e la promozione della salute, i corretti stili di vita, le vaccinazioni, i programmi di screening, i percorsi oncologici, la Cooperazione applicativa e la la Formazione.

INDICE

Premessa	pag. 1
1. Obiettivi di salute	pag. 4
2. La rete della medicina generale	
2.a Le unità di Cure primarie: <i>organizzazione e obiettivi</i>	pag. 4
2.b UCCP	pag. 7
2.c La copertura assistenziale sabato, domenica, prefestivi e festivi	pag. 8
3. La gestione della cronicità	
3.a La presa in carico	pag. 10
3.b La presa in carico: PDTA e altre patologie croniche	pag. 10
3.c Il governo delle liste di attesa	pag. 12
4. Prevenzione e promozione della salute: corretti stili di vita, vaccinazioni, programmi di screening e percorsi oncologici	pag. 14
5. La Cooperazione applicativa	pag. 16
6. La Formazione	pag. 17
7. Elementi per la valutazione degli interventi	pag. 18
8. Norme Finali	pag. 18
Allegato 1)	
La copertura assistenziale sabato, domenica, prefestivi e festivi	pag. 19
Allegato 1.2)	
Domanda di adesione del medico	pag. 21
Allegato 2)	
Modalità per la sostituzione e per il trasferimento dei componenti di UCP	pag. 22
Allegato 3)	
Indennità per collaboratore di studio	pag. 24

1. “Obiettivi di Salute”

Ogni Azienda sanitaria, sulla base del Fondo per la Medicina Generale, sceglierà all'interno degli obiettivi di salute sotto indicati il progetto prioritario da sviluppare secondo le linee programmatiche definite da questo Accordo. Lo sviluppo di tali progettazioni avverrà all'interno dei Comitati Aziendali onde garantire la massima condivisione.

Il Fondo Aziendale sarà costituito secondo quanto previsto dall'ACN e dall'AIR. Le modalità di attuazione sono definite in sede di Comitato Aziendale.

2. La rete della Medicina Generale.

2.a Le Unità di Cure Primarie: *Organizzazione e obiettivi*

Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria con l'accordo del 3 ottobre 2014 recepito con DCA 376/2014 si è proceduto ad una riorganizzazione delle forme associative della medicina generale attraverso la costituzione di un'unica forma organizzativa territoriale, denominata Unità di Cure primarie (UCP). Grazie a tale accordo e in coerenza con la normativa vigente (AFT-UCCP) le forme associative di Unità di Cure Primarie sono passate da 712 (di cui 321 con sede di riferimento e 394 a sede unica con un totale di 3.486 medici) a 597 a sede unica, sempre con lo stessa quantità totale di medici partecipanti.

L'Unità di Cure Primarie è una forma associativa dei Medici di Medicina Generale appartenenti al medesimo distretto sociosanitario. Sono forme organizzative mono professionali che condividono in forma strutturata obiettivi di medicina generale, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa incarico dei cittadini.

Ogni UCP dovrà essere a sede unica e composta da un minimo di 3 ad un max. di 16 medici. Sulla base del fabbisogno di salute della popolazione e dell'organizzazione territoriale dei servizi sanitari, in sede di comitato aziendale della medicina generale è possibile variare il numero max. dei medici partecipanti all'UCP che normalmente è di 16, fermo restando il minimo di 3 (preferibilmente 8 per l'area di Roma Capitale).

Possono essere costituite altre UCP:

- a) Ex novo
- b) anche mediante accorpamento di 2 o più UCP esistenti e salvaguardando la capillarità territoriale della Medicina Generale e la prossimità di accesso per il cittadino.

Il Comitato Aziendale valuterà questi aspetti nonché le situazioni delle UCP che comportano l'attività in zone di particolare disagio per realtà oro-geografiche o altre particolari condizioni, fatte salve le situazioni preesistenti.

L'adesione alla UCP deve essere sottoscritta da tutti i Medici di Medicina Generale aderenti e comunicata, per il tramite del referente individuato, specificando le UCP e i referenti cessati, al Direttore del distretto.

La continuità dell'assistenza nell'ambito delle UCP viene garantita dai medici di medicina generale dal lunedì al venerdì per 9 ore al giorno (10,00– 19,00) con una organizzazione concordata col coordinatore (referente) della UCP. Il comitato aziendale della medicina generale la ASL, può, sulla base dei fabbisogni esistenti, disporre l'aumento dell'orario di attività da 9 a 12 ore giornaliere. L'attività eccedente le nove ore sarà remunerata come da ACN e Accordi Regionali.

Per ogni UCP, prevedendo anche una attività di Presa in Carico dei pazienti, dovrà essere garantita una adeguata organizzazione funzionale tramite il personale di collaboratore di studio che la Regione si impegna a riconoscere ai medici, secondo gli accordi già vigenti, nella percentuale massima del 55%, come previsto dall'AIR 2006, da calcolarsi sugli assistiti complessivi della Regione. Le modalità per il riconoscimento di tale indennità sono specificate nell'allegato 3) che è parte integrante del presente accordo

La sede della UCP, qualora ubicata in una sede diversa da quella dello studio dei medici aderenti o diversa dai locali delle ASL, dovrà avere una superficie netta utilizzabile di almeno 100 mq, con 3 stanze visita informatizzate, anche con rete wi-fi protetta, una sala d'aspetto separata e una postazione di segreteria informatizzata ed un bagno per il pubblico. Inoltre il locale dovrà essere preferibilmente con accesso diretto su strada senza barriere architettoniche.

I medici convenzionati che le compongono individuano tra di loro un coordinatore, appositamente remunerato, la cui durata in carica è biennale e rinnovabile, che curerà i rapporti con il Direttore del Distretto. La nomina è fiduciaria e viene comunicata al distretto di competenza.

I coordinatori delle UCP si riuniranno con periodicità semestrale con il direttore del distretto di riferimento, su invito di quest'ultimo, ai fini della valutazione e pianificazione delle attività.

All'interno della UCP deve essere garantita dal singolo medico:

- a) la scheda sanitaria individuale informatizzata e condivisa tra i membri dell'UCP,
- b) il collegamento in rete tra i partecipanti UCP.

Le UCP sono collegate telematicamente in cooperazione applicativa con il sistema informatico regionale/aziendale per la gestione dei dati sanitari sia di origine ASL che di origine dei medici della medicina generale, previo consenso informato del paziente, anche con l'obiettivo di poter arrivare alla trasmissione dei dati in telemedicina.

Al fine di realizzare il coordinamento con il sistema dell'emergenza urgenza, per le patologie trattabili dalla medicina generale i triagisti del pronto soccorso potranno informare il paziente della sede UCP e/o Casa della Salute, sede di UCP, di pertinenza. In accordo con la normativa sulla privacy, saranno condivise procedure per la trasmissione di dati clinici ritenuti utili per la gestione del paziente.

Le Unità di Cure Primarie (UCP) ai sensi dell'ACN vigente e delle intese regionali, hanno lo scopo di perseguire i seguenti obiettivi di carattere generale:

- a) garantire prestazioni di medicina generale

- b) promuovere l'equità di accesso ai servizi sanitari territoriali,
- c) facilitare l'accesso dei cittadini agli studi dei medici di medicina generale;
- d) sviluppare il governo clinico dell'assistenza, con adeguata formazione di tutti gli operatori;
- e) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita, con particolare attenzione agli interventi di prevenzione vaccinale su popolazione e categorie a rischio;
- f) contribuire a migliorare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso, tramite percorsi condivisi con gli altri servizi ambulatoriali e distrettuali e con adeguate informazioni;
- g) partecipare nel territorio alla rete della continuità dell'assistenza per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire dai pazienti cronici;
- h) incrementare in accordo con la ASL di riferimento, in applicazione dell'accordo del 3 ottobre 2014 l'operatività dei PDTA con lo strumento della cooperazione applicativa, nonché la presa in carico dei pazienti cronici, in condivisione con l'ambito specialistico ospedaliero e territoriale;
- i) utilizzare, la cooperazione applicativa e il Patient summary per la condivisione dei dati relativi alle prestazioni legate all'ambito clinico di prevenzione, diagnosi e monitoraggio di malattie croniche (quali ad esempio Diabete, BPCO, patologie cardio-vascolari, Neoplasie ed altro) anche con l'ausilio della Telemedicina, sulla base di protocolli aziendali conseguenti alle indicazioni regionali.

Per le attività previste all'interno delle UCP e le modalità organizzativa si fa riferimento a quanto previsto dall'AIR, dalla determina regionale n. D3407 del 20.10.2009, dal DCA 376/2014 e dal presente accordo.

Le modalità per la sostituzione e per il trasferimento dei componenti di UCP sono disciplinate nell'allegato 2) che è parte integrante del presente accordo.

Il referente dell'UCP comunicherà al Distretto il nominativo del Medico subentrante previa accettazione di tutti i componenti.

I medici di medicina generale che ad oggi non fanno parte di alcuna Unità di Cure Primarie (UCP) possono, entro il 31 marzo 2018 presentare domanda alla ASL di appartenenza per entrare a far parte della forma associativa denominata UCP con ingresso in quelle già esistenti o in subordine costituendone delle nuove. Entro il 31 maggio 2018 i comitati aziendali dovranno approvare tali nuovi ingressi e/o costituzione di nuove UCP in modo da rendere effettivo l'ingresso dei medici di medicina generale nella forma associativa a partire dal 1 luglio 2018.

La Regione entro 6 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo provvederà ad una ricognizione delle trasformazioni della forma associativa UCPS in UCP sulla base di quanto disposto dal DCA 376/2014. Sulla base di tale ricognizione e dei costi aggiuntivi sostenuti dai Medici di Medicina Generale le parti concorderanno le modalità per l'adeguamento della relativa indennità di UCP.

L'indennità' di UCP eventualmente liberate dai medici cessati così come quella del personale di studio rimane disponibile nel fondo aziendale in modo da essere automaticamente concessa ai medici subentranti rispetto a quelli cessati e/o per incrementare il fondo per i collaboratori di studio e per il personale infermieristico. Nello stesso fondo confluiranno i fondi liberati per la cessazione del referente di UCP

Le parti concordano che entro 6 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo verrà redatto un testo unico per le modalità di funzionamento delle UCP

2.b UCCP

Le Unità Complesse di Cure Primarie costituiscono la forma organizzata multi-professionale che opera in forma integrata, ove possibile a partire dalle Case della Salute. Essa persegue obiettivi di salute e di attività di presa in carico di fasce di popolazione a maggiore complessità clinico-assistenziale, definiti dall'azienda sanitaria secondo la programmazione sanitaria Regionale e coerente con i contenuti dell'ACN. Promuovono l'equità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione nell'ambito della sanità territoriale; contribuiscono all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti;

L'attività multi-professionale si esplica attraverso il coordinamento e l'integrazione dei medici convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il SSR, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

L'utilizzo dello strumento della cooperazione applicativa per l'attività svolta all'interno della UCCP sarà funzionale alla facilità di accesso ai servizi da parte del cittadino.

I medici di medicina generale che partecipano alle UCCP continuano a svolgere l'attività prevista di UCP.

Le parti concordano di istituire un gruppo tecnico con il coinvolgimento degli attori interessati, per l'individuazione, entro 3 mesi dalla sottoscrizione dell'accordo, delle modalità attuative di costituzione e di funzionamento delle UCCP.

2.c La Copertura assistenziale sabato, domenica prefestivi e festivi

Ambulatori di Cure Primarie (ACP)

L'ospedale deve essere il luogo di elezione per la cura delle acuzie mentre al territorio compete la gestione del paziente cronico attraverso l'estensione dell'assistenza primaria, la prevenzione, la presa in carico e i percorsi di cura.

La continuità delle cure primarie è fondamentale per dare risposte appropriate ai bisogni dei cittadini anche al fine di evitare, laddove possibile il ricorso improprio ai PS/DEA ospedalieri.

Gli ACP diventano gli ambulatori di riferimento per la rete delle UCP insistenti sullo stesso ambito. I Medici aderenti alla Cooperazione Applicativa dovranno inviare il Patient Summary che conterrà le informazioni cliniche necessarie a consentire al Medico di turno in ACP una migliore appropriatezza prescrittiva e diagnostica, realizzando la vera continuità assistenziale. I Medici curanti riceveranno le informazioni di ritorno in via automatica sul proprio gestionale.

Il servizio di assistenza ambulatoriale per le cure primarie, nel territorio della Regione Lazio, è esteso anche nelle giornate di sabato, domenica prefestivi e festivi, ivi compresa la festività del santo patrono (*sede dell'ACP*), di norma per 9 ore e per un massimo di 10 ore al giorno dalle 10,00 alle ore 20,00 mediante l'attivazione di Ambulatori di Cure Primarie (ACP) presso le sedi ASL, almeno uno per ogni distretto. Le prestazioni, tipiche della medicina generale (All. 1), saranno accessibili a tutti i cittadini, indipendentemente dalla ASL di residenza o di domicilio mediante accesso diretto in coordinamento operativo con la continuità assistenziale.

Il servizio sarà garantito dai medici di medicina generale e dai giovani medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale presenti nel distretto, secondo quanto previsto dal DCA 376/2014, mediante turnazione tra coloro che hanno manifestato la propria disponibilità alla ASL di riferimento, come da All. 1.2, nel rispetto delle vigenti norme sulle incompatibilità previste dall'ACN.

Il servizio di assistenza per le cure primarie nelle giornate di sabato, domenica e festivi e prefestivi, verrà svolto nelle sedi messe appositamente a disposizione dalle ASL, o in altre sedi in caso di mancata disponibilità e a richiesta dell'ASL.

Le sedi oggetto della copertura assistenziale nelle giornate di sabato, domenica, prefestivi e festivi, saranno collegate, a cura dell'ASL, telematicamente e in cooperazione applicativa con la Centrale Unica di Ascolto di Continuità Assistenziale, con i DEA e pronto soccorso dei presidi ospedalieri (o presidio ospedaliero di riferimento). Per le patologie trattabili dalla medicina generale il personale del triage del pronto soccorso informerà il paziente della sede ambulatoriale aperta più vicina, anche attraverso la consegna di opportuno opuscolo informativo e con l'utilizzo di apposito materiale informativo posto in prossimità dell'ambiente di triage.

Il personale oltre che dai medici di medicina generale è costituito anche da un infermiere per l'attività di supporto e accoglienza.

Per le prestazioni effettuate dai medici di medicina generale all'interno degli ambulatori di cure primarie il compenso è quello previsto dal DCA 376/2014.

Le attività di assistenza per le cure primarie svolte nelle giornate di sabato, domenica, prefestivi e festivi, le modalità di accesso e gli aspetti organizzativi sono quelle riportate nell'Allegato 1 che è parte integrante del presente accordo.

Le parti al fine di ottimizzare l'attività negli Ambulatori di Cure Primarie, ivi compresi gli aspetti organizzativi, si incontreranno entro il 31/07/2018.

3. La Gestione delle cronicità e delle fragilità

3.a La presa in carico

La presa in carico consiste in un'azione di miglioramento dello stato di salute della popolazione attraverso l'implementazione di modelli di medicina d'iniziativa, con particolare attenzione alle patologie non oggetto di screening di sanità pubblica o di coorti di popolazione non incluse delle categorie di screening di sanità pubblica, percorsi assistenziali e favorendo l'accesso ai servizi e assicurando la continuità assistenziale. E' la governance di un processo organizzativo-assistenziale articolato e integrato nei suoi diversi passaggi, una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso.

All'interno del sistema sanitario regionale si prevede una governance anche da parte dei medici di medicina generale, attraverso procedure condivise ospedale/territorio, definite dalla Direzione Generale della Programmazione Regionale e in via sperimentale dalle singole strutture sanitarie territoriali anche in virtù di quanto previsto dal DCA 110 dell'11.04.2017 "*Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2017- 2018*", in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, e gli infermieri di riferimento coinvolti nel processo della presa in carico.

Le azioni del processo organizzativo di presa in carico del paziente riguardano l'accettazione, lo svolgimento delle procedure previste, il ritorno delle informazioni cliniche attraverso la cooperazione applicativa. La valorizzazione del processo di presa in carico viene effettuata sulla base delle attività svolte dal responsabile del processo.

La presa in carico proattiva del paziente include anche la prenotazione della prestazione prescritta al paziente, mediante lo strumento della cooperazione applicativa.

3.b La presa in carico: PDTA e altre patologie Croniche

In applicazione dell'accordo del 3 ottobre 2014 tra la Regione Lazio e le OO. SS. della Medicina Generale, recepito con DCA U00376 del 12 novembre 2014, viene implementata l'operatività dei PDTA, Allegato 2 del Protocollo, attraverso lo strumento della cooperazione applicativa.

I Medici di Medicina Generale procederanno, progressivamente e secondo criteri appositamente stabiliti, ad arruolare al PDTA diabete, BPCO, Scompenso cardiaco ed eventuali altri percorsi che la Regione intende avviare, tra i propri assistiti i pazienti cronici, ivi compresi quelli neo diagnosticati, residenti nei distretti di pertinenza delle stesse Case della Salute e delle UCP.

Le prestazioni legate all'ambito clinico di prevenzione, diagnosi e monitoraggio di malattie croniche ad alto impatto, quali Diabete, BPCO, Ipertensione, Neoplasie ed altro, possono essere svolte nell'ambito delle organizzazioni territoriali dei Medici di MG, quali le UCP, utilizzando la cooperazione applicativa e il Patient Summary per la condivisione dei dati e con l'ausilio della Telemedicina, sulla base di protocolli aziendali conseguenti alle indicazioni regionali.

Attraverso progetti aziendali le strutture sanitarie in diretto rapporto con i medici di medicina generale avvieranno percorsi di presa in carico per patologia.

In quest'ambito verranno definite le modalità di erogazione delle attività specialistiche da parte della Medicina Generale nell'ambito delle attività del Governo delle Liste di Attesa, come da DCA 110/17.

A livello distrettuale saranno avviati appositi audit clinico-organizzativi multiprofessionali al fine di migliorare la qualità delle attività di cura e assistenza anche con il coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali.

La effettiva presa in carico del paziente cronico/fragile da parte del medico di medicina generale avviene quando sono contemporaneamente soddisfatte alcune pre-condizioni come la cooperazione applicativa, l'evidenza di avvio del percorso e la condivisione dei dati. In particolare si prevedono le seguenti azioni per il Medico di Medicina Generale:

- a) adesione alla cooperazione applicativa,
- b) partecipazione proattiva alle coperture vaccinali (Influenza, Polmonite, Herpes Zoster e le altre vaccinazioni dell'adulto),
- c) partecipazione alle campagne screening nei tempi e modi previsti dai protocolli regionali con l'individuazione dei soggetti a rischio nell'elenco dei propri assistiti attraverso adeguate forme comunicative;
- d) governo informatico della presa in carico e verifica dell'adesione ai PDTA della popolazione interessata,
- e) invio dei dati del Patient Summary al FSE, compresi gli ACP (art. 2c),
- f) apertura del FSE ai propri assistiti previo consenso,
- g) rilevazione degli indicatori sulla presa in carico,
- h) avvio del PDTA dei pazienti cronici con le modalità di cui in allegato 2 del DCA 376/2014. In sede di ogni singola azienda vengono concordate le modalità di avvio dei PDTA in base alle effettive prestazioni rese disponibili.

Ai Medici di Medicina Generale che attuano la contemporaneità delle azioni da a) a g) viene riconosciuto 1 euro /anno/assistito, o parte di esso, al raggiungimento degli obiettivi previsti dagli indicatori di cui al precedente punto g. Le parti, entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo definiranno modalità e obiettivi dei suddetti indicatori.

Le parti si impegnano entro 1 anno dalla sottoscrizione del presente accordo, a rivedere, in ogni sua parte quanto previsto dal presente punto, anche alla luce del prossimo rinnovo dell'ACN.

3.c Il Governo delle liste di attesa

Con il DCA 110/2017 la Regione ha avviato un importante processo organizzativo per il governo delle liste di attesa al fine di rendere le prestazioni nei tempi congrui alla patologia attraverso la netta separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso.

I sistemi di prenotazione sono basati su criteri di priorità per il Primo accesso, anche direttamente utilizzabili dai medici prescrittori; nel caso di controlli successivi, si realizzerà la "presa in carico" del paziente cronico (anche neo-diagnosticato) secondo i percorsi diagnostico-terapeutici, con la prenotazione delle prestazioni "di controllo" da parte del medico specialista o della struttura.

In attuazione di quanto previsto dal DCA 110/2017 i medici di medicina generale procederanno alla presa in carico del paziente anche con la prenotazione diretta delle prestazioni di primo accesso avvalendosi della cooperazione applicativa e del personale di studio, ove presente.

In una prima fase tali prenotazioni saranno effettuate solo per le prestazioni previste dall' ALL. 2 punti a) e b) del DCA 110/2017 e limitatamente alle classi di priorità U e B. utilizzando la c cooperazione applicativa.

Ai fini della valorizzazione di tale attività le parti si incontreranno al termine di una sperimentazione di tre mesi.

La Regione e le Asl, mediante i comitati della medicina generale, potranno, concordare protocolli, su specifici percorsi, a partire da quelli oncologici, per i propri assisiti con le strutture sanitarie e centri regionali di riferimento per le varie patologie. In tale percorso i medici utilizzeranno lo strumento della prenotazione diretta avvalendosi della cooperazione applicativa.

Al fine di semplificare le procedure la Regione si impegna, a partire dalle prestazioni di sospetta patologia oncologica, a definire condivisi protocolli ospedale / territorio, in ossequio alle norme di buona pratica clinica, con particolare riferimento alla gestione di patologie complesse, per le quali la Regione ha già deliberato reti Ospedaliere, o modelli di funzionamento "Hub and Spoke" (a titolo semplificativo e non esaustivo: rete oncologica regionale, rete del dolore Legge 38/2010)

Le aziende nell'ambito dell'organizzazione delle agende di prenotazione predisporranno apposite sessioni per attività di PDTA, prenotazione primo accesso, percorsi oncologici, ad uso esclusivo dei medici di medicina generale ancorché in trasparenza.

La cooperazione applicativa e la ricetta dematerializzata, unitamente all'uso delle classi di priorità sono gli strumenti che aumenteranno la capacità di risposta alla domanda sanitaria ottimizzando e distinguendo la prescrizione, la prenotazione e la possibilità di produrre un referto digitale tramite la piattaforma informatizzata regionale.

Ulteriori strumenti per la riduzione dei tempi d'attesa nel quadro del successivo accesso per controllo sono la promozione dell'integrazione con gli specialisti tramite percorsi di filiera quali i PDTA previsti nell'accordo con la Medicina Generale del 3 ottobre 2014 all'

Allegato 2 e dal DCA 474/2015 *“Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo*. Si ritiene quindi prioritario sviluppare l'applicazione dei PDTA per le principali patologie croniche con la presa in carico per il governo dei Controlli successivi alla prima visita.

La Regione Lazio assicura le piattaforme informatiche e garantisce la massima sensibilizzazione presso tutte le strutture sanitarie.

4. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE: CORRETTI STILI DI VITA, VACCINAZIONI, PROGRAMMI DI SCREENING E PERCORSI ONCOLOGICI

Con il DCA 593/2015 la Regione Lazio ha emanato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, quadro di riferimento per gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. All'interno del Piano sono stati inseriti interventi strategici, basati sull'evidenza scientifica finalizzati al consolidamento delle attività di prevenzione e promozione della salute dei cittadini.

Il medico di medicina generale, in virtù del rapporto fiduciario instaurato con l'assistito e della conoscenza dei suoi stili di vita, riveste un ruolo molto importante per la diffusione di buone pratiche in particolare sulla prevenzione e sui corretti stili di vita.

Come sancito dall'Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale vigente il medico di medicina generale riveste un ruolo attivo nelle campagne di vaccinazione sia attraverso la somministrazione diretta dei vaccini che attraverso una corretta campagna informativa.

Nel presente accordo si prevede un ruolo attivo del MMG nel *counselling* continuo sui corretti stili di vita che riguardano comportamenti alimentari salutari, lotta al tabagismo e all'abuso di alcol, promozione dell'attività fisica.

Nel Programma Operativo 2016-2018 (DCA 52/2017) tra gli obiettivi prioritari per la Regione Lazio ci sono i Programmi di screening oncologici e il miglioramento della loro organizzazione per aumentare le coperture e la qualità dei percorsi diagnostici terapeutici erogati.

Si sottolinea in questo ambito, il ruolo determinante del MMG nell'informazione e nella sensibilizzazione dei propri assistiti riguardo alla partecipazione ai programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce di patologie oncologiche, organizzati a livello regionale e all'orientamento dei soggetti con sospetta neoplasia nei corretti percorsi diagnostici terapeutici (reti oncologiche).

È indispensabile quindi prevedere un ruolo attivo del MMG attraverso la definizione di procedure operative che riguardino:

- l'attività formativa dei MMG in materia di screening oncologici e di percorsi diagnostici terapeutici (evidenze scientifiche, obiettivi di salute, raccomandazioni nazionali, normativa di riferimento regionale, modalità organizzative, centri di riferimento), inserita nell'ambito della formazione continua obbligatoria;
- partecipazione a campagne di sensibilizzazione e informazione generale ed individuale alla popolazione, attraverso diffusione di materiale informativo regionale condiviso, presso gli studi di medicina generale, le UCP e gli ACP (vademecum, raccomandazioni, locandine, dépliant informativi);
- attività di sollecito/sensibilizzazione degli assistiti a partecipare alla campagna di prevenzione;
- individuazione dei soggetti partecipanti allo screening attraverso la cooperazione applicativa con i sistemi informatici regionali con accesso al DB regionale per

Pag. 14 a 24

conoscere lo status dell'assistito rispetto all'iter di screening e conseguente ruolo attivo di invito, sollecito nei riguardi dei propri assistiti.

In particolare, al fine di aumentare il tasso di adesione e l'appropriatezza dei programmi di screening oncologici regionali si propone:

- l'apposizione della firma del MMG nella lettera di invito che i servizi aziendali inviano ai soggetti target dei programmi di screening oncologici con indicazione a rivolgersi al medico curante per le informazioni sulla modalità di attuazione dei percorsi;
- l'individuazione di soggetti non in età di screening ma con familiarità (per tumore della mammella e del colon retto) sulla base delle conoscenze anamnestiche e conseguente invio diretto alle strutture di riferimento indicate dalla ASL per l'iter diagnostico appropriato.

Per la realizzazione di quanto previsto dal presente accordo si ritiene indispensabile che il coordinamento aziendale dei programmi di screening si avvalga della figura di un MMG, parte integrante del gruppo di lavoro, per la condivisione delle procedure operative e la corretta attuazione dei protocolli.

5. La Cooperazione applicativa

La Regione, nell'ambito della riorganizzazione e potenziamento della rete dei servizi sanitari, ritiene fondamentale l'utilizzo di strumenti informatici e la circolazione delle informazioni tra i soggetti operanti all'interno del servizio sanitario regionale, per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni con servizi efficaci ed efficienti alle persone.

Si recepisce integralmente l'accordo del 27 marzo 2017 sulla cooperazione applicativa tra i medici di medicina generale e i sistemi informatici della Regione Lazio recepito con DCA 161 del 19/05/2017 che è parte integrante e sostanziale del presente accordo.

Le attività di cooperazione applicativa saranno avviate progressivamente alla implementazione dei sistemi informativi da parte della Regione.

Le parti si impegnano nel promuovere qualsiasi iniziativa atta alla immediata diffusione e realizzazione della cooperazione applicativa.

Patient summary

La Regione e le OO. SS. concordano di attuare il Patient Summary (*Profilo sanitario sintetico*) applicando l'articolo 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178-Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico

Il profilo sanitario sintetico, o "Patient Summary", è il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato dal MMG, che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta, al fine di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento dell'assistito al momento di un contatto con il SSN.

I destinatari del Patient Summary sono gli assistiti di ogni Medico di Medicina Generale.

La trasmissione di dati è effettuata in cooperazione applicativa.

6. La Formazione

La formazione dei medici di medicina generale rappresenta uno strumento essenziale per promuoverne la crescita professionale nell'ambito delle attività di sviluppo e qualificazione delle cure primarie, così come previsto dai programmi operativi, centrate sui reali bisogni dei cittadini, nella garanzia dei LEA.

A tal fine la Regione intende realizzare una programmazione della formazione **Continua**, in medicina generale con contenuti e metodologie appropriate che valorizzino la professionalità degli operatori

La regione Lazio e i MMG convergono sulla necessità che le attività di formazione perseguano degli **"Obiettivi di Salute"** di carattere regionale, rispondano ad effettivi bisogni dei MMG e siano improntate a criteri di qualificazione ed efficacia.

Le parti concordano che l'attività di programmazione della formazione e la definizione degli indirizzi triennali e degli obiettivi annuali generali delle attività di formazione continua siano definiti dal Comitato Regionale per la Medicina Generale secondo quanto previsto dall'articolo 20 dell'ACN.

Il Comitato Regionale per la Medicina Generale, in merito alle problematiche inerenti l'insegnamento della Medicina Generale nel corso degli anni di studio dello studente, armonizza gli elementi essenziali per lo svolgimento dei seminari universitari con MMG in qualità di docenti con gli elementi inerenti la frequenza degli studenti negli ambulatori dei MMG Tutors. L'attività di tutor per tali compiti, è vincolata ai seguenti requisiti: 10 anni di convenzionamento, 800 assistiti, preferibilmente con requisiti di studio quali PC, collaboratore, e partecipazione a forme associative nonché essere in possesso del titolo per Tutor".

La Regione aggiorna l'albo regionale dei docenti per la Formazione Specifica e dei formatori in medicina Generale, nonché l'albo dei formatori in Medicina Generale e dei Tutors. Le nuove domande vanno presentate annualmente entro il 31 dicembre.

Tutta l'attività di formazione per la medicina generale sarà resa nota nel sito regionale www.salutelazio

Le parti concordano di verificare tra 12 mesi eventuali modifiche ed integrazioni al presente articolo anche al fine di definire un percorso condiviso tra Regione, Università e Ordine per l'attività svolta dal medico di medicina generale quale tutor in favore dei laureati in medicina e chirurgia per il periodo di tirocinio pratico previsto per l'esame di stato.

Nelle more della definizione restano in vigore le remunerazioni già previste per la suddetta attività pari a euro 400 netti al mese.

Il presente articolato sostituisce integralmente l'art. 20 dell'AIR sottoscritto in data 23 marzo 2006 e recepito con DGR 229 del 21 aprile 2006

7. Elementi per la valutazione degli interventi

Le informazioni relative alle prestazioni svolte all'interno delle UCP, degli ACP, e i dati relativi alla presa in carico dei pazienti cronici, al governo delle liste di attesa e all'appropriatezza prescrittiva, saranno inviati dal distretto al Comitato Regionale della Medicina Generale.

Le predette informazioni costituiranno elementi importanti ai fini della costruzione di appositi indicatori di quantità, qualità, efficienza ed appropriatezza clinica ed organizzativa.

8. Norme transitorie e finali

Gli oneri finanziari derivanti dall'applicazione del presente accordo dovranno trovare idonea copertura nell'ambito della ripartizione del fondo economico per la medicina generale. I costi previsti esplicano i loro effetti nel corso degli anni in quanto l'accordo è ad applicazione progressiva.

Le parti si incontreranno entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo per la definizione del Fondo Economico Regionale e dei relativi Fondi Economici Aziendali.

Per lo svolgimento dell'attività di assistenza primaria nelle Isole Pontine ai Medici di Medicina la quota di 600 euro/mese prevista dall'art. 14 dell'AIR 2006 per le zone disagiate, viene rivaluta in 1.200 euro mensili.

Le parti concordano che entro due mesi dalla sottoscrizione del presente accordo saranno affrontate le problematiche inerenti la Continuità Assistenziale, La Medicina dei Servizi e la Medicina Penitenziaria

Il presente accordo verrà recepito con apposito atto.

ALLEGATO 1

La copertura assistenziale sabato, domenica, prefestivi e festivi

1. Modalità di accesso

a) Telefonica

Il cittadino può contattare direttamente la Centrale di Ascolto della Guardia Medica – Continuità Assistenziale- al numero telefonico della Centrale di Ascolto territorialmente competente e l'operatore, costituito da personale sanitario medico, avvia il seguente iter:

- consiglio telefonico, sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione con i MMG,
- invito a recarsi all'ambulatorio di cure primarie aperto più vicino,
- rinvio al servizio di continuità assistenziale,
- invio soccorso urgente 118

b) Diretta

Accesso di tutti i pazienti alle sedi ambulatoriali aperte.

2. La sede

La sede oggetto dell'attività ambulatoriale dovrà essere provvista, a cura del distretto, del materiale sanitario necessario e delle risorse strumentali, che consistono in:

- strumentazioni di base (sfigmomanometro, termometro, otoscopio, pulsiossimetro, dermatoscopio),
- test diagnostici per glicemia su goccia di sangue capillare, strisce urine,
- test di gravidanza rapido su urine.

Il medico di medicina generale dovrà poter accedere all'Anagrafe Regionale e a tutti sistemi informativi regionali, per il rilascio della certificazione di malattia on-line, per la prescrizione della dematerializzata e per la registrazione delle Prestazioni aggiuntive, e dovrà poter essere connesso con procedure facilitate a consulti specialistici ed accesso al servizio di emergenza.

3. Le prestazioni effettuabili:

- Ferite superficiali che non necessitano di sutura, medicazioni, rimozione punti di sutura, sindromi influenzali, infiammazione delle vie respiratorie, controllo pressione
- Punture d'insetto senza reazioni, rash cutanei, orticaria, dermatiti superficiali, verruche, micosi, foruncoli, eritema solare, malattie esantematiche, ustioni di primo grado
- Malattie gastroenterologiche, stipsi cronica, emorroidi
- Disturbi urologici
- Congiuntiviti, patologie palpebrali e degli occhi
- Sintomi osteo muscolari non traumatici
- Otitis, riniti, faringo-tonsilliti, stomatiti, gengiviti, afte

- Infezioni vie urinarie, colica renale e addominale,
- Prestazioni pediatriche per i bambini sopra i sei anni

4. Aspetti organizzativi

- a) Le prestazioni garantite dall'ambulatorio per le cure primarie sono quelle previste dal vigente ACN dei Medici di Medicina Generale e dal precedente punto 3 del presente accordo.
- b) La sede oggetto dell'attività ambulatoriale dovrà essere provvista, a cura della ASL di riferimento, del materiale sanitario e delle risorse strumentali necessarie.
- c) Per ogni ambulatorio di cure primarie, la ASL individuerà una struttura ospedaliera di riferimento.
- d) Per l'organizzazione e la gestione dell'attività dell'ambulatorio di cure primarie il Direttore Generale dell'ASL nomina un referente organizzativo, scelto tra i Medici di Medicina Generale sulla base di manifesta disponibilità e di documentata competenza. La nomina è biennale e rinnovabile,
- e) I compiti del referente organizzativo dei MMG sono:
 - verificare l'idoneità e l'adeguatezza della dotazione strumentale prevista,
 - garantire la continuità del servizio attraverso la predisposizione e l'organizzazione dei turni e delle sostituzioni,
 - fornire mensilmente al Direttore del Distretto la reportistica degli accessi su apposito modello informatizzato a cura di LazioCrea,
 - concordare con il Direttore del Distretto qualsiasi altra iniziativa atta a garantire e migliorare la funzionalità del servizio,
 - verificare lo svolgimento dell'attività al fine di garantire la corretta continuità del servizio pubblico.
- f) Per lo svolgimento dell'attività di cui ai precedenti punti d, e, per il referente organizzativo dei MMG, è previsto il riconoscimento di una indennità economica aggiuntiva valorizzata nella misura prevista dal vigente DCA 376/2014, corrispondente ad 1 ora di lavoro al giorno per un massimo di 22 ore mensili.
- g) Il Direttore generale, in caso di carenze di medici di medicina generale può:
 - estendere la partecipazione all'attività anche ai medici, aderenti all'iniziativa, appartenenti ad altri distretti della medesima ASL;
 - secondariamente attingere alla graduatoria aziendale; alla quale può attingere anche il coordinatore dell'ACP in caso di necessità per la copertura del servizio.
- h) Per lo svolgimento dell'attività i medici di medicina generale registreranno, in cooperazione applicativa ogni singolo accesso di paziente all'ambulatorio di cure primarie. L'applicativo è messo a disposizione dall'ASL per il tramite di LazioCrea, all'interno di ogni ambulatorio di cure primarie.
- i) Per lo svolgimento dell'attività i medici di medicina generale utilizzeranno il proprio ricettario. Per la medicina dei servizi la struttura fornirà apposito ricettario.
- j) Al fine di rendere meno lunghi i tempi di attesa negli ambulatori di cure primarie in cui gli accessi medi superano le 90 unità a week-end, la ASL di competenza valuta e provvede in sede di comitato aziendale alla istituzione di una seconda

postazione con relativa dotazione di personale e materiali o al prolungamento dell'orario.

Allegato 1.2

DOMANDA DI ADESIONE DEL MEDICO

Spettabile ASL

OGGETTO: Domanda di partecipazione riservata a Medici di Medicina Generale per prestazioni da rendere presso _____ per il progetto "Copertura assistenziale sabato, domenica, prefestivi e festivi"

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a data e luogo di nascita _____ provincia di _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ via _____

Recapito telefonico _____ Recapito cellulare _____

e-mail _____

Medico di medicina generale, Codice Regionale n.° _____

convenzionato a tempo indeterminato / determinato con la regione Lazio nella ASL _____ per:

- assistenza primaria
- continuità assistenziale
- medicina dei servizi

avendo preso visione del progetto denominato "Copertura assistenziale sabato domenica e festivi" proposto dalla Regione Lazio, compreso il trattamento economico previsto, dichiara di aderire al suddetto progetto, e si rende disponibile per effettuare n° ____ ore settimanali,

Turno prescelto:

- ore ____ dalle ore ____ alle ore ____
- ore ____ dalle ore ____ alle ore ____

presso

1. presidio ASL via _____

secondo le modalità stabilite nel progetto.

Data

firma

Allegato 2

Modalità per la sostituzione e per il trasferimento dei componenti di UCP

Sulla base delle trasformazioni introdotte dal DCA 376/2014 si rende necessario, ai fini di un adeguato funzionamento delle UCP e di un proficuo utilizzo da parte dei cittadini, introdurre alcune modalità organizzative, come di seguito riportate.

- 1) La sostituzione con relativa attribuzione della indennità di uno o più componenti appartenenti alla medesima UCP e/o della forma associativa avviene al verificarsi dei seguenti casi:

- a) Dimissioni (rinuncia alla forma associativa / UCP)
- b) Cessazione dell'incarico per quiescenza o decadenza o decesso

Le dimissioni del Medico di Medicina Generale sono presentate al referente di UCP il quale le invia al Direttore del distretto per la relativa sostituzione.

La sostituzione si rende obbligatoria nel caso in cui non sia garantito il numero minimo dei partecipanti che comporterebbe la decadenza dell'intera forma associativa.

La sostituzione dovrà essere definita ed effettuata entro il termine massimo di 6 mesi dalla cessazione/decadenza del precedente, nelle more i medici dovranno garantire l'assistenza rimodulando gli orari.

- 2) E' consentito il trasferimento di un Medico di Medicina generale da una UCP ad altra UCP a seguito della cessazione di un componente. In questo caso, il medico che si trasferisce potrà essere a sua volta sostituito.

È possibile il trasferimento di un Medico di Medicina Generale da una UCP ad altra UCP all'interno del medesimo Distretto, mediante un cambio compensativo.

Per i medici residenti nel Comune di Roma Capitale il trasferimento è da intendersi all'interno dell'ASL.

3. IL medico facente parte di una UCP e/o di una forma associativa può presentare richiesta di trasferimento ad altra UCP e alla relativa forma associativa della stessa tipologia, in presenza di fondati e documentati motivi. I referenti delle due UCP interessate dal trasferimento dovranno inviare la documentazione al Direttore del Distretto. La richiesta deve essere esaminata dal Comitato aziendale della medicina generale, che previa prudente valutazione dei motivi esposti e tenuto conto delle esigenze assistenziali del territorio può autorizzare il trasferimento.

Il trasferimento è possibile entro il numero massimo di componenti previsto dal presente accordo e contemporaneamente nel rispetto del numero massimo di componenti della relativa forma associativa, che deve essere della stessa tipologia.

Il trasferimento non può essere concesso nel caso in cui comporti la decadenza dell'UCP da cui esce il medico per mancanza di numero minimo dei componenti di cui all'art. 5 accordo 14/10/2014 e recepito con DCA 376/2014, o la decadenza della forma associativa.

Il Comitato aziendale dovrà pronunciarsi entro il termine massimo di 60 giorni dal ricevimento della richiesta. Tutta la procedura deve essere conclusa entro i successivi 30 giorni.

Il medico di assistenza primaria che si trasferisce ai sensi del presente articolo non potrà presentare una eventuale nuova richiesta di trasferimento prima che siano decorsi due anni dallo stesso, fatte salve particolari eccezioni.

Allegato3

Per quanto si riferisce all'indennità relativa al personale di studio, i medici interessati dovranno inoltrare apposita domanda presso gli uffici della medicina generale del proprio distretto di appartenenza entro il termine di 60 (sessanta) giorni dalla pubblicazione sul BUR del presente accordo. L'attribuzione della indennità suddetta verrà data prioritariamente ai medici che presenteranno le seguenti condizioni:

- contratto di assunzione di personale di quarto livello superiore per un minimo di 10 ore settimanali anche eventualmente fornito da società cooperative o di servizio.
- La durata del contratto di assunzione del personale di studio sarà criterio preferenziale per l'attribuzione dell'indennità
- Saranno ulteriori criteri preferenziali il numero degli assistiti e l'appartenenza ad una forma associativa.

FIMMG

Segretaria Regionale
Maria Corongiu

Regione Lazio

Il segretario generale
Dott. Andrea Tardiola

SMI

Vice Segretario Regionale
Ermanno De Fazi

SNAMI

Il Presidente Regionale
Giuseppe Di Donna

INTESA SINDACALE

Rappresentante Regionale
Giacomino Taeggi

Roma, 21 dicembre 2017