



Presidenza Regionale FVG

pec: friuliveneziagiulia@pec.snami.org

ACN MMG 2009 CAPO III - CONTINUITA' ASSISTENZIALE ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE CONTRO-PROPOSTA S.N.A.M.I. FVG.

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, regola, al Capo III, il Servizio di Continuità Assistenziale (di seguito SCA) svolto dai Medici di Continuità Assistenziale (di seguito MCA); costituiscono 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 a livello contrattuale, 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.
2. Il Servizio di Continuità Assistenziale garantisce l'assistenza medica per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, assicurando le prestazioni sanitarie, domiciliari e territoriali, non differibili per i cittadini iscritti nell'elenco dei MMG di Assistenza Primaria dell'ambito di competenza della Sede di riferimento di CA.
3. L'ACN demanda ad apposito Accordo Regionale (AIR):
 - a. la definizione delle modalità di svolgimento dell'attività di continuità assistenziale in *modo funzionale*, nell'ambito delle équipes territoriali secondo un sistema di disponibilità domiciliare o in *modo strutturato*, in sedi territoriali adeguatamente attrezzate (art.62, comma 4);
 - b. l'organizzazione secondo cui i medici sono incaricati di espletare il servizio di continuità assistenziale 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 il Servizio di Continuità Assistenziale e quello di Emergenza Sanitaria Territoriale 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 Medico di Continuità Assistenziale e tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali (art.67, comma 3);
 - e. la previsione di forme sperimentali di triage da svolgersi *nell'ambito delle attività in équipes o in Utap 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 ai cittadini non residenti nelle località a forte flusso turistico, anche sulla base di quanto disposto dall'art.32 "Assistenza ai turisti" (art.67, comma 14);
 - g. la previsione di quote variabili aggiuntive di compenso finalizzate a remunerare le attività cui partecipa il Medico di Continuità Assistenziale (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 ambulatoriali;
 - h. l'individuazione degli ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del Medico di Continuità Assistenziale alle attività previste nelle équipes 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 delle sostituzioni e degli incarichi provvisori (art.70, commi 8 e 15);
- j. la definizione degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione e di remunerazione relativamente all'organizzazione della reperibilità (art.71, comma 3);
- k. la definizione delle competenze delle Aziende in caso di attivazione della continuità assistenziale nell'ambito dell'UTAP, delle équipes territoriali o delle altre forme organizzative strutturali delle cure primarie (art.68, comma 5).

4. L'ACN prevede altresì che l'Azienda:

- I. è tenuta a fornire al Medico di Continuità Assistenziale i farmaci e il materiale necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio (art.68, comma 1) sulla base di un Protocollo; detto Protocollo verrà definito a cura della DCS, previo parere favorevole da parte del Comitato Regionale ex art. 24 ACN, entro sessanta giorni dalla data di esecutività del presente Accordo;
- II. provvede, ai sensi dell'art.68, comma 4:
 - i) alla disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di telefono mobile e di caratteri distintivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
 - 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 Medici di Continuità Assistenziale.

2. OBIETTIVI

1. Il presente Accordo intende dare attuazione anche al Capo III dell'ACN, disciplinando in particolare:
 - a) le modalità di attribuzione delle sostituzioni e degli incarichi provvisori per i Medici di Continuità Assistenziale, per qualsiasi attività prevista in funzione dell'applicazione dei vigenti ACN, AIR e AIA, secondo quanto previsto al successivo art. 3. del presente Accordo;
 - b) 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 anticiipi);
 - c) la definizione di dotazioni e garanzie minime di sicurezza delle sedi di continuità assistenziale;
 - d) la definizione di dotazioni strumentali, di applicativi informatici e di connessioni telematiche atti a garantire la continuità informativa, la prescrizione informatizzata di farmaci e prestazioni, l'attestazione telematica di malattia nonché l'utilizzo sistematico del registro informatizzato per la rendicontazione delle diverse attività del SCA, in sostituzione della modalità cartacea di registrazione;
 - e) l'utilizzo delle quote di incentivazione aggiuntiva per obiettivi da applicare in tutte le Aziende della Regione;
 - f) la definizione di modalità di risposta ai cittadini non residenti in Regione e non residenti nell'ambito territoriale di competenza della Sede;
 - g) la definizione di ulteriori attività che possono essere disciplinate attraverso Accordi Aziendali.

3. INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI

1. Ad integrazione delle disposizioni previste dall'art. 2 dell'ACN del 21.06.2018 le Aziende entro trenta (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 di reperibilità. Le Aziende riaprono i termini di iscrizione alla suddetta graduatoria di disponibilità due volte l'anno in occasione delle sessioni I e II dell'Esame di Stato di Abilitazione all'esercizio della professione di Medico.

2. Gli incarichi vengono conferiti ai medici in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medico chirurgica, iscritti all'albo professionale ed in possesso della cittadinanza italiana o di altro paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti con il seguente ordine di priorità:

- a) medici inclusi nella graduatoria regionale vigente secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale vigente;
- c) ai sensi dell'art. 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:
 1. medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in aderenza alle vigenti disposizioni ed ai commi 6 e 8 dell'art. 70 del vigente ACN in riferimento all'assegnazione di incarichi provvisori e sostituzioni;
 2. medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 3. medici specializzandi.

3. Le domande di partecipazione all'avviso, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda; i medici di cui al punto 2 lett. a) sono esonerati dall'obbligo di presentazione della domanda, mentre i medici di cui alle lettere b), c) e d) sono graduati nell'ordine della minore età, al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

4. È concessa al medico di continuità assistenziale, che si trovi nell'impossibilità di svolgere il proprio turno, la possibilità di programmare eccezionalmente lo scambio di turno, in ordine di priorità, con i colleghi della medesima postazione, con i colleghi della stessa AFT o con i colleghi delle postazioni limitrofe nell'ambito del distretto, dandone preventiva comunicazione al Coordinatore distrettuale di SCA e al Distretto.

5. Il medico è considerato responsabile del turno assegnato e, pertanto, in caso di impossibilità all'espletamento del turno stesso, ricade sul medico l'onere di provvedere alla propria sostituzione. In caso di assenza non programmata del Medico in servizio è attivata la reperibilità per sostituzioni ai sensi del successivo art. 11 Laddove, causa eventi eccezionali ed imprevisti, si verifichi l'assenza di uno o più medici, il servizio verrà garantito secondo i seguenti criteri:

- a) per le sedi ed i turni con numero di medici in servizio > 1, i restanti medici presenti garantiranno la copertura del territorio.
- b) per le sedi con un solo medico in turno, i medici di una o più sedi confinanti garantiranno la copertura del territorio.

Negli Accordi Integrativi Aziendali da stipulare successivamente al presente AIR, verranno stabilite le modalità organizzative relative a tale stato "emergenziale".

Ai medici di cui alle lett. a) e/o b) del precedente periodo, spetta il compenso per intero, incluse quote variabili e/o indennità super-festive, del turno vacante, da dividersi in parti uguali.

6. Qualora, solo dopo aver espletato tutte le procedure previste dall'art. 63 del vigente ACN, si verificasse l'impossibilità di garantire la copertura del Servizio di Continuità Assistenziale, le ASL propongono, prioritariamente ai medici titolari di Continuità Assistenziale di estendere il proprio massimale orario a 38 ore a settimana, come previsto dal comma 5, art. 70 dell'ACN vigente. Il medico titolare di doppio incarico di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale potrà mantenere l'incarico di Continuità Assistenziale a 38 ore settimanali, fino al raggiungimento di 350 scelte.

7. Qualora, solo dopo aver espletato tutte le procedure previste dall'art. 63 del vigente ACN e dal presente accordo, si verificasse l'impossibilità di reperire medici in possesso dei requisiti richiesti per l'esercizio della medicina generale in numero sufficiente a garantire la copertura del Servizio di Continuità Assistenziale, l'ASL può consentire che, in deroga all'art.65 comma 1 e comma 5 e previo accordo con l'interessato, i medici titolari di doppio incarico di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale possano mantenere



Presidenza Regionale FVG

pec: friuliveneziagiulia@pec.snami.org

l'incarico di Continuità Assistenziale a 24 ore alla settimana sino al raggiungimento di 900 scelte e a 12 ore alla settimana fino al raggiungimento di 1200 scelte L'incarico decade:

- a. sei mesi dopo il superamento del limite di scelte;
- b. nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura delle ore vacanti.

4. RAPPORTO OTTIMALE

1. Fatto salvo quanto previsto dall'ACN in materia di rapporto ottimale, in caso di criticità collegate a particolari situazioni orogeografiche, sociali, abitative ed in relazione alla densità della popolazione, per garantire comunque il servizio, le Aziende possono individuare le sedi disagiate e proporre al Comitato Regionale un diverso rapporto medico/popolazione e la modifica dell'assetto organizzativo (+/-30%) ai sensi del comma 3 dell'art. 64 ACN.

5. ATTIVITA' DISTRETTUALI A RAPPORTO ORARIO

1. Per garantire le attività mediche necessarie al soddisfacimento di ogni tipologia di bisogno assistenziale di tipo sanitario, limitando nel contempo il ricorso inappropriato ad ospedalizzazioni o accessi in P.S., è fondamentale che l'organizzazione aziendale realizzi la piena integrazione fra tutti i professionisti coinvolti nelle attività distrettuali.

2. Ai fini di una maggiore rispondenza del servizio alle esigenze di salute della popolazione, si reputa opportuno sviluppare delle progettualità che coinvolgano anche il MCA, su base volontaria, nella gestione della medicina di iniziativa e degli altri interventi dedicati a particolari tipologie di utenza in ambito AFT/MGI/UCCP/CAP e comunque distrettuale ai sensi del comma 18 dell'art. 67 dell'ACN.

3. Al fine del progressivo ri-orientamento e miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza primaria nei confronti di popolazioni fragili/complesse/instabili a rischio di ospedalizzazione potenzialmente evitabile, risulta inoltre strategico il coinvolgimento dei MCA – anche in attività svolte negli orari non coperti dal SCA - all'interno delle AFT/MGI/UCCP/CAP dei servizi distrettuali e delle strutture per la gestione di interventi dedicati, ambulatoriali, domiciliari e/o residenziali indirizzati, ad esempio, alle seguenti categorie di assistiti:

- a) assistiti in cure palliative;
- b) assistiti per cui sia stato redatto un piano assistenziale individuale;
- c) assistiti accolti nelle strutture intermedie di cui agli art. 23 e 24 della LR 17/2014;
- d) assistiti fragili o con malattie di lunga durata;
- e) assistiti in istituti di detenzione penitenziaria;
- f) persone appartenenti a determinate categorie di rischio, nell'ambito di iniziative strutturate (quali ad es. la c.d. "emergenza caldo" o l'assistenza migranti);

4. Gli Accordi Aziendali qualificano l'attività del medico del SCA mediante il coinvolgimento nelle attività di cure primarie del territorio: a tale scopo, possono prevedere che il MCA possa prestare la sua opera anche in ADI, RSA, HOSPICE e nelle altre c.d. strutture intermedie in cui sia necessario garantire continuità di assistenza primaria e che la sua attività potrà essere svolta non solo negli orari istituzionalmente previsti, ma anche nei giorni feriali in accordo ed integrazione con i Medici di Assistenza Primaria. In tal caso il trattamento economico di cui all'art. 72 dell'ACN deve essere integrato con una somma non inferiore a 25,00 €/ora.

5. Le Aziende, mediante apposito Accordo Aziendale, con risorse proprie, hanno inoltre facoltà – nell'ambito delle attività garantite dal SCA notturna, prefestiva e festiva – di organizzare l'effettuazione, su base volontaria da parte dei MCA, di visite ambulatoriali, ad accesso regolamentato ed in locali idonei e decorosi a tutela della sicurezza dell'operatore per l'espletamento di un'attività medica, in risposta a richieste appropriate e pertinenti al servizio non necessitanti di visita domiciliare e stabilire il relativo trattamento economico ad integrazione del compenso orario definito dall'art. 72, comma 1 dell'ACN. In tal

caso il trattamento economico di cui all'art. 72 dell'ACN deve essere integrato con una somma non inferiore a 25,00 €/ora.

6. È demandata alla contrattazione integrativa aziendale la disciplina delle attività previste dai punti precedenti, per ciascuna delle quali, 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, comunque non inferiore a 25,00 €/ora. da stabilire mediante definizione di specifiche progettualità e relativi obiettivi all'interno dell'Accordo Integrativo Aziendale, con risorse proprie dell'Azienda (art. 67 comma 17).

7. Allo scopo di agevolare la definizione di progetti e attività, verranno forniti dalla DCS, previa condivisione in sede di Comitato regionale ex art. 24 ACN entro e non oltre 90 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo, alle Aziende del SSR indirizzi per l'applicazione uniforme degli obiettivi individuati dal presente articolo e per la relativa specifica Formazione dei MCA.

6. 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 nelle Aziende, mediante la messa a disposizione e l'utilizzo di idoneo cartellino identificativo e di badge elettronico in progressiva sostituzione della modalità cartacea, sollevando altresì i MCA dall'invio in formato cartaceo di qualsiasi forma di riepilogo mensile di presenza utile ai fini della liquidazione dei compensi, rilevazione che dovrà essere garantita dalle Aziende;
 - b) la progressiva integrazione operativa dei MCA nelle forme organizzative funzionali ed erogative, favorendo, anche attraverso la partecipazione dei MCA alle riunioni/audit delle AFT di cui al punto 9.1. lett. b), del presente Accordo, 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 quanto previsto dall'art. 11 del presente accordo;
 - d) l'istituzione a livello distrettuale del Coordinatore di SCA individuato tra i titolari delle sedi o tra i medici sostituti residenti nell'ambito territoriale aziendale e presenti nella graduatoria di disponibilità da almeno trentasei mesi consecutivi al momento della stipula del presente AIR, ai sensi dell'art. 12 del presente Accordo.

7. SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: DOTAZIONI E GARANZIE MINIME DI SICUREZZA

1. In attuazione dell'art.68 dell'ACN relativamente alle azioni volte alla tutela della sicurezza e dell'incolumità dei MCA, 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 nelle sedi di AFT/MGI/CAP o presso le sedi distrettuali e/o sub distrettuali.

2. Le Aziende assumono tutte le iniziative necessarie a garantire dignità e sicurezza alla figura professionale del MCA, adottando le misure di prevenzione previste per la tutela della sicurezza dei lavoratori, per l'igiene ed il decoro dei locali. 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 ogni altra attività qualora prevista.

3. A tutela della sicurezza dei professionisti operanti nei servizi e dell'uniformità della gestione dell'assistenza medica agli assistiti, indipendentemente dal professionista presente in turno, viene disposta mediante apposito Protocollo della DCS da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di recepimento del presente Accordo previo parere favorevole da parte del Comitato Regionale ex art. 24 ACN, la definizione di uno standard minimo di dotazioni e procedure.

8. STRUMENTI INFORMATICI: DOTAZIONI ED UTILIZZO



Presidenza Regionale FVG

pec: friuliveneziagiulia@pec.snami.org

1. Ciascuna sede di Continuità Assistenziale deve essere dotata di strumenti informatici connessi in rete (intranet/internet) con il sistema informatico regionale.
2. I Medici di CA 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, anche informatica, con l'Assistenza Primaria per la gestione della popolazione di riferimento, consentendo la condivisione dei dati clinici, la consultazione del FSE e l'alimentazione del PPS così come disciplinato nel vigente ACN.
3. La continuità informativa è presupposto necessario per la continuità delle cure, mediante l'accesso alle informazioni contenute sul Fascicolo Sanitario Elettronico degli assistiti e l'alimentazione, l'integrazione e l'aggiornamento del profilo personale sintetico da parte dei MCA, la prescrizione informatizzata di farmaci e prestazioni e l'attestazione telematica di malattia; in relazione a tali incombenze telematiche ed alla tipologia di attività professionale dei MCA che il vigente ACN prevede al domicilio degli assistiti per prestazioni assistenziali non differibili, qualora i MCA non siano stati dotati dalle AAS/ASUI di idonei strumenti informatici, le prescrizioni e le certificazioni saranno rilasciate in versione cartacea.
4. 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 (RE) per la rendicontazione delle diverse attività del SCA, che i MCA sono tenuti di norma ad utilizzare in sostituzione della modalità cartacea di registrazione;
 - b. uno o più strumenti informatici in proporzione al numero di MCA in servizio per ogni turno in ogni sede.
5. Il MCA è tenuto a segnalare tempestivamente al Direttore del Distretto ed al Coordinatore distrettuale di SCA eventuali malfunzionamenti e disservizi.
6. Per i compiti e le azioni contenute nel presente articolo è prevista un'indennità oraria di € 1,00/ora.

9. QUOTE DI INCENTIVAZIONE AGGIUNTIVA: OBIETTIVI REGIONALI

1. L'indennità oraria, pari a complessivi € 3,00/ora, di cui alla DGR 269 del 20 febbraio 2006 viene destinata in tutte le Aziende Sanitarie della Regione per lo svolgimento dei seguenti compiti:
 - a) garantire il servizio nell'ambito territoriale di riferimento del servizio SCA ai cittadini residenti, o con domicilio sanitario, in Regione FVG ma non residenti nell'ambito stesso;
 - b) partecipazione dei MCA alle riunioni/audit delle AFT.
2. Gli Accordi Aziendali si conformano agli obiettivi di cui sopra individuando opportuni indicatori per la misurazione del loro raggiungimento e prevedendo la definizione delle modalità, su base volontaria, della:
 - i. registrazione/rilevazione delle attività di cui alla lettera a);
 - ii. organizzazione delle attività di cui alla lettera b).
 - iii. modulazione ("pesi") dell'indennità oraria di cui al comma 1 in base al grado di raggiungimento dei compiti di cui alle lett. a) e b).
3. Le Aziende sono tenute a trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il mese di gennaio di ciascun anno una relazione annuale che quantifica il numero delle prestazioni non differibili erogate e illustra le attività svolte dal Servizio di Continuità Assistenziale ai sensi del presente articolo. Tali dati in forma aggregata potranno essere messi a disposizione, su richiesta, delle organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo.

10. ASSISTENZA A CITTADINI NON RESIDENTI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI CA.

1. Il servizio di CA è strutturato prioritariamente per dare risposta ai c.d. problemi di salute non emergenti ma non differibili che necessitino di una visita medica a domicilio, ed è destinato:
 - a) ai cittadini residenti o con domicilio sanitario nell'ambito di riferimento della Sede del SCA, purché abbiano effettuato la scelta del MMG di Assistenza Primaria nello stesso ambito di riferimento distrettuale;

- b) a tutti i cittadini residenti in Regione ma non residenti nell'ambito territoriale di riferimento del servizio ma che si trovano in tale ambito;
- c) ai cittadini non residenti in Regione che si trovano nell'ambito di riferimento ad esclusione di quelli in temporaneo soggiorno nelle località a forte afflusso turistico individuate dalla Regione e dei cittadini stranieri.
- d) La gratuità del servizio è prevista dagli AACCN per i cittadini di cui al precedente comma 1 lett. a).

3. Godono degli stessi diritti dei cittadini residenti, compresa la possibilità di effettuare la scelta di un Medico di Medicina Generale di Assistenza Primaria e di usufruire gratuitamente del Servizio di Continuità Assistenziale, anche i cittadini non residenti che, per ragioni di studio, di lavoro o di salute, usufruiscano - per un periodo di tempo compreso tra tre e dodici mesi (rinnovabile) - del domicilio sanitario, pur mantenendo altrove la propria residenza anagrafica, come specificato nella circolare del Ministero della Sanità dell'11 maggio 1984 N. 1000.116 (in G.U. 28 maggio 1984 n. 145), previa esibizione al MCA della Tessera Sanitaria cartacea con indicata la scelta del MMG di AP. della Regione FVG, mentre ogni altro documento non sarà ritenuto valido ai fini della gratuità del Servizio di CA, purchè abbiano effettuato la scelta del MMG di Assistenza Primaria nello stesso ambito di riferimento distrettuale

4. La gratuità delle prestazioni rese dal SCA ai cittadini di cui al punto 1. lett. b) del presente articolo, è garantita con la corresponsione ai MCA dell'incentivo economico di cui al punto 9.1. lett. a) del presente Accordo.

5 Il Medico di CA in servizio è tenuto a valutare a domicilio, comunque ricompreso nell'ambito di riferimento della Sede di servizio, anche i pazienti residenti al di fuori della Regione FVG. Alle prestazioni rese agli assistiti non residenti in FVG, in analogia a quanto previsto dall'art. 57 dell'ACN per le visite occasionali, si applica la tariffa onnicomprensiva di accesso al Servizio per le visite domiciliari pari a euro 25,00 (deve essere comunque assicurata la priorità degli interventi domiciliari non differibili ai cittadini residenti nell'ambito di competenza della Sede di CA) che viene liquidata dal richiedente direttamente al MCA.

11. REPERIBILITA'

- 1. In ogni Azienda Sanitaria regionale è istituita la reperibilità per i MCA ai sensi dell'art. 71, comma 1 ACN 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 può essere inoltre utilizzato per i cd. "anticipi" del Servizio di Continuità Assistenziale.
- 3. La reperibilità a copertura dei turni è di durata complessiva di ore 1 e 30 minuti e decorre prima dell'inizio del turno di servizio.
- 4. Per ogni ora di reperibilità prevista dal presente articolo spetta il compenso orario pari all'onorario professionale previsto dall'ACN vigente nel tempo. Il turno di reperibilità domiciliare pari a ore 1 e 30 minuti verrà quindi retribuito con l'importo complessivo di 33,69 €. Le ore svolte in forma di reperibilità non concorrono alla determinazione del massimale orario previsto.
- 5. Entro sessanta giorni dalla data di recepimento del presente Accordo, le Aziende disciplinano mediante Accordo Aziendale (AIA), le modalità di organizzazione delle forme di reperibilità previste dal presente articolo. In caso di mancata sottoscrizione degli Accordi decentrati entro il suddetto termine, la Direzione Centrale Salute/Regione invita formalmente l'Azienda a procedere; in caso di inerzia, trascorsi ulteriori trenta giorni la Direzione Centrale Salute/Regione Interviene con potere sostitutivo nella Azienda per l'applicazione di quanto previsto nel presente Accordo.
- 6. La gestione dei turni di reperibilità rientra tra i compiti del coordinatore di SCA di cui all'art. 12 del presente Accordo.

12. COORDINATORE DI SCA

- 1. Il Coordinatore distrettuale del Servizio di Continuità Assistenziale viene nominato dal Direttore di Distretto, sentito l'UDMG, in base alle modalità operative individuate dagli Accordi Aziendali da stipularsi

entro sessanta giorni dalla data di recepimento del presente Accordo. In caso di mancata sottoscrizione degli Accordi decentrati entro il suddetto termine, la Direzione Centrale Salute/Regione invita formalmente l'Azienda a procedere; in caso di inerzia, trascorsi ulteriori trenta giorni la Direzione Centrale Salute/Regione Interviene con potere sostitutivo nella Azienda per l'applicazione di quanto previsto nel presente Accordo.

2. L'incarico di Coordinatore distrettuale di SCA ha la durata di un anno, si rinnova tacitamente salvo recesso da parte del medico o dell'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.

3. Il Coordinatore distrettuale di SCA deve essere individuato tra i MCA titolari da almeno un anno in una delle sedi distrettuali di SCA, o tra i medici sostituti residenti nell'ambito territoriale aziendale e presenti nella graduatoria di disponibilità da almeno trentasei mesi continuativi al momento della stipula del presente AIR.

3. Il Coordinatore di SCA svolge una funzione organizzativa interna al gruppo distrettuale dei Medici di CA ma anche funzione di raccordo tra Medici di Assistenza Primaria e Medici di CA, in particolare con i Coordinatori di AFT e con i Delegati Rappresentanti delle Medicine di Gruppo Integrate.

4. Spetta al Coordinatore distrettuale di SCA lo svolgimento dei seguenti compiti:

- a) Collaborare con il Direttore di Distretto per gli aspetti tecnico/organizzativi;
- b) Mantenere i rapporti organizzativi con gli altri Medici CA dell'équipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali;
- c) Collaborare alla predisposizione dei turni di servizio e di reperibilità in raccordo con la Direzione del Distretto;
- d) Collaborare con il Direttore di Distretto per trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee guida concordate con l'Azienda, sulla condivisione dei progetti aziendali nonché fornire le informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei Servizi in esso esistenti ed 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 la necessità di adeguata fornitura dei farmaci, del materiale di medicazione e di consumo da mantenere in ogni sede distrettuale e quanto necessario per il regolare svolgimento dell'attività, secondo le modalità indicate dal presente Accordo e dall'Azienda di riferimento, sentito il Comitato Aziendale ex art. 23 ACN.

5. Gli Accordi Aziendali stabiliscono indicatori di risultato per le attività svolte dal Coordinatore di SCA ai sensi del presente Accordo.

6. Per l'espletamento dei compiti di coordinamento distrettuale, l'Azienda riconosce al Coordinatore di SCA un compenso mensile pari all'equivalente economico di due turni al mese erogati ed anticipati mensilmente, parametrato al grado di raggiungimento degli obiettivi, con decorrenza dall'atto di nomina, con valutazione effettuata in UDMG ogni quattro mesi.

13. TUTELA DELLA MATERNITA' ED INFORTUNIO

1. In aderenza anche ad apposite note della SISAC (ex plurimis prot. n. 668 del 17 novembre 2009), si conferma e concorda che a differenza di quanto avviene nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici dipendenti, ai medici di Medicina Generali Convenzionati ai sensi del vigente ACN e del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, in considerazione della peculiare tipologia del rapporto instauratosi con il Servizio Sanitario Nazionale, all'atto dell'accettazione della convenzione, non si applicano le disposizioni di cui all'art. 26 del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151; per la disciplina della tutela della maternità anche per il Medico di Continuità Assistenziale, si fa riferimento a quanto disposto dai commi 3 e 4 dell'art. 18 del vigente ACN.

2. Il Medico di Continuità Assistenziale ha facoltà di sospendere la propria attività professionale secondo quanto previsto dall'art. 18 del vigente ACN, che è norma di carattere generale e quindi valida anche per il MCA.

3. Il Medico di Continuità Assistenziale in gravidanza può non sospendere la propria attività professionale,



Presidenza Regionale FVG

pec: friuliveneziagiulia@pec.snami.org

consapevole di aver diritto ad agevolazioni di tipo organizzativo, di dover svolgere ogni funzione prevista dalle convenzioni; di essere unico responsabile di ogni eventuale conseguenza derivante dallo svolgimento dell'attività professionale fatto salvo il dolo o la colpa a carico di terzi.

4. Il MCA che sospende il proprio incarico, secondo quanto previsto dall'art. 18, comma 4 del vigente ACN, non interrompe l'anzianità di servizio. Di conseguenza ogni mese di sospensione è da considerarsi ad orario pieno ai fini dell'incremento di punteggio della graduatoria regionale.

5. L'incarico part-time previsto dall'art 18 comma 3 è da intendersi come riduzione dell'orario mensile, concordato tra le parti, fino a un minimo di 48 ore al mese.

6. Quanto previsto dal comma 4 del presente articolo è esteso anche ai Medici ai quali sia sospeso il proprio incarico per infortunio occorso in servizio o per malattia professionale.

14. NORME FINALI

1. Il trattamento economico previsto per tutte le attività disciplinate dal presente Accordo e dagli Accordi Aziendali Attuativi, si intende assoggettato a contribuzione ENPAM a carico delle AAS/ASUI.

2. Le parti concordano sull'opportunità di predisporre una specifica **Carta Servizi** adottando il modello regionale di cui all'**Allegato 1**: ogni AAS/ASUI e/o Distretto adottano tale modello adattandolo alle specifiche realtà locali.

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Il Servizio di Continuità Assistenziale assicura le prestazioni sanitarie **non differibili** (cioè i problemi di salute che non possono attendere la riapertura dell'ambulatorio del proprio Medico di Famiglia o del Pediatra di Libera Scelta). È sempre e comunque il Medico a stabilire l'appropriatezza della richiesta, una volta messo al corrente dei fatti e dopo aver raccolto i dati clinici del caso.

Per le situazioni di emergenza
(es. dolore toracico, difficoltà respiratoria, paziente incosciente) contattare il **Numero Unico 112**.



COME RIVOLGERSI AL SERVIZIO

Il Servizio si attiva **telefonando** al numero della sede di competenza territoriale;
Le chiamate sono registrate su supporto magnetico o digitale.

Il Cittadino che si rivolge al Servizio è tenuto a:

- **fornire le proprie generalità** e, se non chiama per se stesso, quelle della persona per la quale chiede l'intervento.
- descrivere con calma la sintomatologia lamentata, rispondendo a tutte le domande poste dal Medico.
- mettere in diretta comunicazione, laddove possibile, il Medico con il malato. Questo consente di raccogliere importanti informazioni cliniche.

SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Tabella da predisporre in ogni azienda indicando Sede → comuni di competenza → numero di telefono.

Indirizzo e civico da indicare SOLO SE prevista attività ambulatoriale in AIA.



CARTA DEI SERVIZI

Continuità Assistenziale

(Ex Guardia Medica)



GRATUITÀ DEL SERVIZIO

Il MCA assicura **gratuitamente** le prestazioni sanitarie non differibili ai **residenti in Regione FVG**.

I residenti fuori regione hanno diritto al servizio gratuito solo se usufruiscono del **domicilio sanitario** ed hanno **scelto un Medico di Medicina Generale** nel territorio distrettuale di competenza della sede chiamata.

In tutti gli altri casi l'accesso al servizio ha un costo pari ad € 25,00 (art.57 ACN - visite occasionali) che verranno corrisposti direttamente al Medico.

COME INTERVIENE IL MEDICO di CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il mMCA in servizio può:

- **fornire un consiglio telefonico** e, se il caso, procedere ad un rivalutazione a distanza di tempo. Il consiglio telefonico è un atto medico a tutti gli effetti;
- **recarsi al domicilio** del paziente, qualora la situazione emersa richieda la visita del medico;
- **invitare il paziente presso la sede**, qualora così facendo venga offerto un servizio più rapido ed efficiente alla complessità degli assistiti in carico. Se non diversamente specificato, l'accesso diretto alla sede non è previsto ed il servizio si attiva esclusivamente tramite contatto telefonico.
- **inviare il paziente** a strutture più adeguate e/o attivare il Servizio di **Emergenza Urgenza (112)**, qualora valuti che la patologia sia rapidamente ingravescente, non sia gestibile con i mezzi e strumenti in sua dotazione e/o richieda un monitoraggio in ambiente protetto.

PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE



- Certificazioni di malattia ai lavoratori **turnisti**. I lavoratori ad attività diurna devono rivolgersi al proprio curante, eccetto nei giorni festivi e prefestivi in cui è attivo il servizio di continuità assistenziale anche di giorno.

NOTA: la durata del certificato è di norma di un giorno. Solo nei turni festivi e prefestivi può avere durata massima di 3 giorni. Il medico **non** può rilasciare certificati che si riferiscano a periodi antecedenti l'inizio del turno di servizio.

- Prescrizione di farmaci che trovano indicazioni per le terapie non differibili **inerenti la visita medica del caso**, per un ciclo terapeutico sufficiente a garantire la continuità della cura fino al rientro del proprio medico o pediatra di famiglia.
- Constatazione di decesso.

COSA NON CHIEDERE



- Prestazioni infermieristiche (**iniezioni** di terapie prescritte da altri medici, misurazione della pressione arteriosa in assenza di motivazioni cliniche, sostituzione di catetere vesciale, etc.)
- Prescrivere esami di laboratorio (**esami del sangue**, etc.), strumentali (**radiografie**, ecografie, etc.) e visite specialistiche
- Ripetere terapie croniche (es. farmaci per ipertensione, diabete, colesterolo). Ciò vale per tutti i farmaci che si assumono con continuità e che non rivestono il carattere di indifferibilità. Farmaci che devono essere ricettati dal proprio medico curante.

NOTA: si rammenta che **in caso di "estrema necessità ed urgenza"** si applica il decreto legislativo 31 marzo 2008 (GU n°86 del 11 Aprile 2008) che consente alle farmacie di erogare alcuni farmaci per patologie codificate (diabete, ipertensione, bronchite cronica, altre patologie croniche) senza prescrizione medica, su presentazione diretta al farmacista di documentazione comprovante lo stato di necessità (es: piano terapeutico in corso di validità, lettera di dimissione ospedaliera, precedente ricetta a carattere continuativo).

- Ripetere ricette di farmaci psicoattivi e/o ad alto rischio di abuso (es. benzodiazepine).
- Trascrivere su ricettario regionale i farmaci prescritti da altri medici (Pronto Soccorso, Medici ospedalieri, Medici privati, Odontoiatri, etc.)
NOTA: si ricorda che le strutture ospedaliere sono tenute a ricettare direttamente o a fornire direttamente i farmaci necessari a garantire la continuità terapeutica sufficiente fino al rientro del proprio medico di famiglia.
- Certificare in merito ad idoneità sportiva, a fini assicurativi, soggiorno in comunità, etc.