

REPUBBLICA ITALIANA

# GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

PALERMO - VENERDÌ 14 MAGGIO 2004 - N. 21 SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO  
INFORMAZIONI TEL 6964930 - ABBONAMENTI TEL 6964926 INSERZIONI TEL 6964936 - FAX 6964927

## DECRETI ASSESSORIALI

### ASSESSORATO DELLA SANITA'

DECRETO 30 marzo 2004.

**Accordo regionale per la continuità assistenziale, relativo agli istituti normativi ed economici di cui al capo III dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale.**

#### L'ASSESSORE PER LA SANITA'

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il decreto legislativo n. 502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 517/93, ed ulteriormente modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 229/99;

Visto l'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. n. 270 del 28 luglio 2000 ed, in particolare, il capo III che disciplina la "continuità assistenziale" ed individua gli istituti la cui regolamentazione è demandata agli accordi regionali;

Considerato che le trattative relative agli istituti oggetto di contrattazione regionale si sono concluse in data 20 gennaio 2004 con la sottoscrizione da parte della delegazione di parte pubblica e dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria firmatarie dell'accordo collettivo nazionale F.I.M.M.G., S.N.A.M.I., Federazione medici e Intesa sindacale;

Visto il verbale relativo alla seduta del 22 gennaio 2004, con la quale il comitato permanente di medicina generale ha ratificato l'accordo di continuità assistenziale sottoscritto in data 20 gennaio 2004;

Ritenuto, pertanto, di dover rendere esecutivo il sopracitato accordo, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante;

Decreta:

#### *Articolo unico*

E' reso esecutivo l'accordo regionale di continuità assistenziale, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante, sottoscritto in data 20 gennaio 2004 dalla delegazione di parte pubblica e dalle organizzazioni sindacali di categoria e ratificato in data 22 gennaio

2004 dal comitato permanente di medicina generale, relativo agli istituti normativi ed economici di cui al capo III dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale (D.P.R. n. 270/2000).

Il presente decreto sarà trasmesso agli organi di controllo e successivamente pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 30 marzo 2004.

CITTADINI

---

Vistato dalla ragioneria centrale per l'Assessorato della sanità in data 29 aprile 2004 al n. 155.

### **Allegato**

## ACCORDO REGIONALE PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

### *Premessa*

Il servizio di continuità assistenziale (C.A.):

- fa parte del programma di attività distrettuali, di cui all'ACN (artt. 14, 15 e 52, commi 11 e 12), e la sua attività è svolta prioritariamente dai medici di cui all'art. 48, comma 4, lett. a, dello stesso (D.P.R. n. 270/2000);

- è servizio pubblico essenziale e indispensabile, anello di congiunzione tra servizio sanitario nazionale e cittadino, costituendo, analogamente all'assistenza primaria, la prima risposta, nei tempi di propria pertinenza, alle richieste di salute da parte del cittadino utente. Per tali motivi è fondamentale che la C.A. raggiunga, su tutto il territorio regionale siciliano, un livello di uniformità costante, offrendo un servizio omogeneo in tutte le diverse realtà sociali, orografiche e demografiche, al fine di una maggiore integrazione con i MMG, nell'ambito delle nuove funzioni del dipartimento delle cure primarie, e con i medici del pronto soccorso e del sistema di urgenza-emergenza (SUES), mediante comunicazione telefonica diretta con le centrali operative (CO) del 118, per un livello di risposta più adeguato ai fabbisogni di assistenza sanitaria dei cittadini.

Il presente ACR definisce il ruolo del medico di continuità assistenziale (MdCA), promuovendone la riqualificazione professionale, nonché il quadro assistenziale regionale del servizio, parte integrante ed essenziale della organizzazione sanitaria per interventi che necessitano di una valutazione clinica in condizioni di urgenza (ma non solo), con riferimento, comunque, al medico di assistenza primaria (MdAP).

In attesa che il SUES venga sottoposto a riorganizzazione, al fine di eliminare disfunzioni e sprechi di risorse economiche e professionali, si concorda di migliorare qualitativamente l'attuale gestione della C.A. attraverso:

- 1) la definizione degli standards numerici minimi del personale medico, in maniera da garantire quello già in servizio all'atto della pubblicazione del presente accordo;
- 2) il suo potenziamento, anche mediante l'utilizzo sperimentale di sistemi telematici e nuovi sistemi di comunicazione.

A tal fine si raccomanda che la riorganizzazione del SUES proceda di pari passo con quella della rete ospedaliera e del PSR.

Con il presente ACR viene riconosciuto:

- a) il ruolo del MdCA, quale professionista correlato con le attività connesse al triage territoriale delle urgenze;
- b) la necessaria integrazione tra il MdCA, il MdAP e il pediatra di libera scelta (equipes territoriali);

- c) la necessità della crescita professionale del MdCA attraverso idonei percorsi formativi, al fine di garantire la qualità delle sue prestazioni professionali nel territorio.

*Parte normativa*

Art. 1

Massimale orario: art. 50, D.P.R. n. 270/2000

Fermo restando quanto previsto dall'art. 50, comma 7, del D.P.R. n. 270/2000, per motivate esigenze di servizio, le aziende concedono il "plus orario" di cui all'art. 50, comma 1, del D.P.R. n. 270/2000, ai medici titolari di C.A. nell'ambito delle attività delle unità operative distrettuali (per es.: campagne di prevenzione e diffusione della cultura sanitaria). Altre attività (eventuale possibilità di estendere l'attività dalle ore 8,00 alle ore 10,00) possono essere concordate in sede di contrattazione aziendale per esigenze o carenze contingenti o eccezionali.

Come previsto dall'accordo collettivo nazionale - D.P.R. n. 270/ 2000, ai medici di continuità assistenziale in possesso di attestato di idoneità di emergenza sanitaria territoriale è consentita la possibilità di accettare incarichi a completamento orario, nelle sedi di pronto soccorso, conservando le 24 ore di C.A., limitatamente alla durata dell'incarico, fermo restando il prioritario utilizzo dei medici dell'emergenza territoriale. Alle aziende unità sanitarie locali saranno attribuiti fondi per l'anno 2004 pari al corrispettivo economico di n. 4 ore settimanali di plus orario per medico titolare di C.A. Alle aziende unità sanitarie locali saranno attribuiti fondi per l'anno 2005 pari al corrispettivo economico di n. 4 ore settimanali di plus orario per medico titolare di C.A. Per i medici incaricati a tempo indeterminato a 12 ore settimanali, senza altro incarico incompatibile, nel caso in cui l'azienda unità sanitaria locale preveda tempi superiori a 6 mesi per consentire il completamento orario, è concessa la possibilità di poter ricevere incarichi a tempo determinato per ulteriori 12 ore settimanali. Tale diritto cessa quando il medico rinuncia volontariamente alla possibilità di poter completare il proprio incarico a tempo determinato.

Art. 2

Compiti del medico di C.A.: art. 52, D.P.R. n. 270/2000

Il medico assicura i compiti di C.A. con le modalità previste dall'art. 52 del D.P.R. n. 270/2000.

Nel caso venga impegnato oltre la fine del proprio turno, gli spettano i normali compensi in rapporto al prolungamento del servizio.

Il MdCA può eseguire le prestazioni aggiuntive previste dalla lett. A del nomenclatore tariffario di cui all'allegato D dell'ACN, registrando per ciascuna prestazione: la data di effettuazione, il cognome e nome dell'assistito, data e luogo di nascita, l'indirizzo, e il codice fiscale ove possibile.

Ai fini del pagamento, il medico dovrà presentare all'azienda il riepilogo delle prestazioni effettuate nel mese precedente.

Il MdCA con incarico a tempo indeterminato a 12 o 24 ore settimanali può essere utilizzato nell'ambito delle attività previste dall'art. 60 del D.P.R. n. 270/2000, e nel limite orario previsto dal comma 3 dello stesso, per motivate esigenze secondo le disponibilità economiche delle singole aziende.

I medici di C.A., nell'ambito delle ore di "plus orario", possono essere utilizzati nei pronto soccorsi degli ospedali di comunità (ex ospedali delle aziende unità sanitarie locali) per l'intervento sui codici bianchi inviati dal triage. Tale attività sarà regolamentata entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente ACR.

Art. 3

Medico coordinatore di presidio di continuità assistenziale

- 1) Entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente ACR, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, su proposta del direttore del distretto sanitario cui appartiene il presidio, individua, in ogni sede del servizio di C.A., un medico con l'incarico di coordinatore.
- 2) Possono essere impiegati in qualità di medici coordinatori i sanitari in possesso di un'anzianità di servizio di almeno 3 anni nel servizio di C.A., purché abbiano espresso esplicita disponibilità tramite presentazione di specifica istanza. Si raccomanda una buona conoscenza dei mezzi informatici quali l'uso di personal computer per l'utilizzo di internet e della posta elettronica per i collegamenti telematici alla rete informatica dell'azienda unità sanitaria locale.
- 3) La scelta del medico coordinatore e la durata dell'incarico avverrà con criteri stabiliti in sede di contrattazione aziendale.
- 4) Il medico coordinatore, dopo formale accettazione, ha il compito di:
  - a) mantenere i rapporti tecnico-organizzativi con i direttori di distretto;
  - b) proporre, sentiti i medici interessati, i turni di servizio, secondo criteri di equità distributiva, in ragione del monte-orario individuale e dell'incarico di ciascun sanitario del presidio;
  - c) proporre al direttore di distretto azioni per il miglioramento del servizio;
  - d) curare la richiesta di farmaci e quant'altro necessario per il buon funzionamento del presidio;
  - e) fornire ai nuovi incaricati le informazioni relative alla organizzazione del servizio, alle linee guida concordate con l'azienda unità sanitaria locale, alla condivisione dei progetti aziendali;
  - f) controllare la compilazione dei registri di carico e scarico dei farmaci.
- 5) Un rappresentante dei medici coordinatori di C.A. per distretto partecipa, ove richiesto, in qualità di consulente per la C.A., all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
- 6) Nell'ambito della definizione di progetti aziendali e/o di distretto relativi ad esperienze di équipes territoriali e progetti obiettivo, sarà compito del medico coordinatore di C.A. mantenere i rapporti organizzativi con i medici di C.A. facenti parte dell'équipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali.
- 7) L'incarico di cui al presente articolo viene espletato utilizzando il plus orario di cui al pregresso art. 1.

Art. 4

Competenze delle aziende unità sanitarie locali (art. 53, D.P.R. n. 270/2000)

In attuazione e ad integrazione dell'articolo di cui sopra, le aziende unità sanitarie locali devono:

- a) assicurare idonee sedi per l'espletamento del servizio di C.A., nel rispetto delle normative vigenti (decreto legislativo n. 626/94);
- b) garantire la sicurezza del personale rispetto a possibili episodi di violenza presso i presidi tramite sistemi di allerta con le forze dell'ordine, sistemi di illuminazione efficienti e quant'altro necessario;
- c) considerare idonee misure atte a facilitare la circolazione delle vetture utilizzate dal medico di C.A. durante l'espletamento del servizio.

Art. 5  
Incompatibilità (art 4, D.P.R. n. 270/2000)

Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato o determinato nella C.A., a rapporto unico, per un massimo di 24 ore settimanali, è compatibile con rapporti di collaborazione professionale anche precari presso laboratori di analisi pre-accreditati ed accreditati, limitatamente ad attività di prelievo (vedi art. 4, comma 3, D.P.R. n. 484/96).

Art. 6  
Rapporti con il MdAP (art. 54, D.P.R. n. 270/2000)

Si auspica, nel rispetto dei singoli ruoli, la definizione di linee guida comportamentali sulla base dei quali stabilire un rapporto di collaborazione tra MdCA e MdAP (comunicazione dettagliata degli interventi su supporto cartaceo, ecc.), in modo da ottimizzare l'intervento a domicilio dei pazienti.

Art. 7  
Indennità su progetti obiettivo regionali

Per l'attivazione di specifici progetti obiettivo relativi al potenziamento delle attività territoriali svolte dai medici di continuità assistenziale la Regione individua un fondo vincolato pari a e 500.000 per l'anno 2004 ed altrettanto a valere per l'anno 2005. Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente ACR saranno rese note le modalità e le articolazioni dei suddetti progetti.

Art. 8  
Indennità superfestivi

In considerazione della maggiore mole di lavoro, oltre ai compensi orari previsti dall'articolo 57 del D.P.R. n. 270/2000, per le ore di attività prestate nelle giornate e negli orari sotto indicati sarà corrisposta, ai medici di C.A., una maggiorazione di 4 euro lordi/ora:

1° gennaio	ore 8-20
6 gennaio	ore 8-20
Pasqua	ore 8-20 - 20-8
Lunedì di Pasqua	ore 8-20
1° maggio	ore 8-20
15 agosto	ore 8-20
24 dicembre	ore 20-8
25 dicembre	ore 8-20 - 20-8
31 dicembre	ore 20-8

Art. 9  
Esercizio del diritto di sciopero (art 17, D.P.R. n. 270/2000)

In relazione a quanto previsto dal comma 9, la determinazione dei contingenti di medici da esonerare dalla partecipazione a sciopero ri di categoria verrà concordata in sede di contrattazione aziendale.

## Art. 10

Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi (art 58, D.P.R. n. 270/2000)

L'azienda assicura i medici di continuità assistenziale contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale, secondo massimali stabiliti dall'articolo 58 del D.P.R. n. 270/2000.

Le aziende unità sanitarie locali sono tenute a fornire al medico di continuità assistenziale l'automezzo di servizio. Qualora l'azienda sanitaria locale, per motivi eccezionali o per temporanee indisponibilità, non sia in grado di provvedervi ed il medico utilizzi il proprio automezzo per lo svolgimento del servizio di continuità assistenziale, in caso di sinistro provocato dal conducente del veicolo l'aumento del premio assicurativo dovuto all'incremento della classe di merito del "Bonus-malus" è rifiuto al medico. Nel caso di utilizzo del mezzo proprio le autovetture devono essere assicurate contro i rischi di incendio, furto, atti vandalici eventualmente occorsi durante le ore di servizio.

## Art. 11

Formazione continua (art. 8, D.P.R. n. 270/2000)

L'azienda organizza, secondo quanto previsto dall'ACN all'art. 8, corsi di aggiornamento professionale della durata di almeno 40 ore annue. Il programma dei corsi viene elaborato a livello aziendale in accordo con le organizzazioni sindacali firmatarie dell'ACN. La partecipazione ai corsi è obbligatoria e tale aggiornamento è retribuito come servizio attivo. L'attività formativa dovrà riguardare oltre agli aspetti professionali e clinici anche gli aspetti organizzativi aziendali e potrà essere svolta, per i medici non in turno, anche nella giornata di sabato unitamente ai medici di medicina generale.

Le aziende sanitarie locali sono tenute ad organizzare iniziative formative prevalentemente di pratica clinica e di stretta attinenza con l'attività del medico di C.A., organizzati in corsi, stage, attività teorico-pratiche, attività seminariali, e con l'impegno che a tale attività siano riconosciuti crediti formativi ECM per medici titolari e sostituti, al momento in servizio attivo.

Il programma dei corsi viene elaborato sulla base dei bisogni formativi del medico di C.A. con particolare riferimento alla gestione delle urgenze mediche, dell'ADI aspetti medico legali ed organizzazione del servizio.

Ai suddetti corsi saranno addetti, tra l'altro, medici incaricati a tempo indeterminato che svolgono attività di continuità assistenziale, in possesso dei titoli e corsi che ne definiscano la qualità di animatori di formazione, secondo i criteri previsti dall'art. 8 del D.P.R. n. 270/2000

Tali medici, analogamente agli animatori di assistenza primaria, saranno retribuiti con le stesse tariffe previste dall'accordo regionale di medicina generale (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 19 dicembre 1998).

FINANZIAMENTO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE  
ANNI 2004-2005

<b>Istituti</b>		<b>Anno 2004 €</b>	<b>Anno 2005 €</b>
Indennità superfestivi		200.000	200.000
Plus orario	4 ore 8/12	4.000.000	6.000.000
Indennità progetti obiettivo		500.000	500.000
	<i>Totale</i>	4.700.000	6.700.000

*Norma finale*

Al fine di garantire la continuità assistenziale, in analogia a quanto previsto dalla norma finale n. 10 del D.P.R. n. 270/2000 ed all'art. 19, comma 11, della legge n. 488/2001, le aziende possono istituire apposite graduatorie di medici laureati dopo il 31 dicembre 1994, che non siano in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, e laureati in medicina e chirurgia abilitati anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica di medicina generale, da utilizzare per incarichi di sostituzione o provvisori nel caso in cui questi non siano stati assegnati a medici inclusi nella graduatoria regionale per mancanza di medici disponibili ad accettare gli incarichi. Tali incarichi non devono superare i periodi di effettiva necessità e comunque i trenta giorni e saranno seguiti da un periodo di interruzione come previsto dall'articolo 55, comma 3.

*Note a verbale*

- 1) Per quanto riguarda l'art. 2, comma 5, del presente accordo, Snami e Intesa sindacale dissentono dall'utilizzo dei medici di C.A. nell'ambito di strutture sedi di pronto soccorso, al fine di non consentire un'embricazione di compiti tra i vari settori dell'attività medica e, in particolare, per non creare alcun tipo di ostacolo, con attività diverse "suppletive", all'effettiva realizzazione dell'emergenza territoriale. Pertanto tale attività deve essere svolta nelle normali sedi di continuità assistenziale viciniori, con un medico dedicato esclusivamente ai codici bianchi, per una positiva ricaduta sulla sicurezza delle sedi di continuità assistenziale (due medici) e sull'educazione della popolazione assistita.
  - 2) In riferimento all'art. 2, comma 5, del presente accordo, Federazione medica ritiene che, per evitare sovrapposizioni lavorative tra figure professionali mediche diverse, e snellire realmente le attività dei pronto soccorsi, nonché garantire il corretto utilizzo dei medici di C.A., è necessario che l'attività di cui all'articolo suddetto venga svolta in locali diversi da quelli del pronto soccorso, anche in sedi di guardia medica adiacenti, con un medico dedicato esclusivamente ai codici bianchi.
-