

MEDICINA GENERALE

- **ATTIVITA' AMBULATORIALE (NORMATIVA CONVENZIONE VIGENTE)**

Art. 22 - Requisiti e apertura degli studi medici.

1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio sanitario nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio cui all'art. 45, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del medico di medicina generale è uno studio professionale privato che, destinato in parte allo svolgimento di un pubblico servizio, deve possedere i requisiti previsti dai seguenti commi.

2. Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture.

5. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza. In relazione a particolari esigenze assistenziali l'Azienda può richiedere, previo parere del Comitato aziendale di cui all'art. 11, la revisione dell'orario.

6. Il suddetto orario con il nominativo del medico, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico; eventuali variazioni devono essere comunicate alla Azienda entro 30 giorni dalla avvenuta variazione.

7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

- **SCELTA DEL MEDICO (CONOSCENZA)**

Art. 26 - Scelta del medico.

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistito sono fondati sul rapporto di fiducia.

2. Il rapporto di fiducia tra medico e assistito si fonda anche sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti reciproci. A tal fine, e per maggiormente radicare il rapporto tra medico e cittadino, le Aziende promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, una corretta informazione agli assistiti sulla opportunità di avviare preliminarmente alla scelta una diretta conoscenza del medico e, a margine della scelta effettuata, la informazione sullo status del medico, sul suo curriculum personale e professionale, sulle caratteristiche della attività professionale (ubicazione ed orario dello studio, aderenza a forme associative, ecc.).

- **REVOCA-RICUSAZIONE DELLA SCELTA**

Art. 27 - Revoca e ricusazione della scelta.

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda. Contemporaneamente alla revoca l'assistito deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Modalità per garantire la continuità dell'assistenza tra medico revocato e medico scelto, nel primario interesse del cittadino, sono disciplinate nell'ambito degli Accordi regionali. (SEGUE IN BLU IL TESTO DELL'AIR MARCHE)

1. La revoca ai sensi del D.P.R. 270/2000 deve essere sottoscritta da tutti gli assistiti maggiorenni anche se la stessa può essere presentata da un unico componente, maggiorenne della famiglia.

2. La revoca della scelta, la contestuale nuova scelta dell'assistito residente in comunità, deve essere sottoscritta dallo stesso assistito o dall'esercente la potestà.

3. In caso di revoca della scelta operata da parte dell'assistito residenti nell'ambito di iscrizione del medico o di recusazione da parte del medico stesso, quest'ultimo, fermo restando il rispetto delle disposizioni che tutelano la riservatezza delle informazioni personali, è tenuto a trasferire al nuovo medico scelto la scheda individuale di cui al comma 2/c dell'art. 31 del D.P.R. 270/2000 o a redigere un riassunto della stessa dal quale possano essere ricavati i fattori di rischio, i problemi, la terapia in atto ed ogni altra informazione di carattere sanitario ritenuta necessaria per la cura del paziente.

4. In caso di trasferimento del paziente al di fuori dell'ambito territoriale di iscrizione del medico, la stessa scheda è trasferita al nuovo medico su eventuale richiesta di quest'ultimo.

5. La scheda deve pervenire al nuovo medico, tramite l'assistito contestualmente alla avvenuta nuova scelta o tramite trasferimento da medico a medico con contestuale informativa all'azienda secondo modalità concordate a livello Aziendale.

3. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale revoca deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.

- **COMPITI DEL MMG CON COMPENSO A QUOTA FISSA**

Art. 31 - Compiti del medico con compensi a quota fissa

1. L'inserimento negli elenchi di cui all'art. 19, comma 4, determina, relativamente all'ambito territoriale di iscrizione di ciascun medico e nei confronti dei cittadini che lo scelgono, l'affidamento al medico stesso della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e familiari, e di educazione sanitaria i quali sono espletati attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari finalizzati al soddisfacimento dei relativi bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali e uniformi di assistenza.

2. I compiti del medico, remunerati con una quota fissa per assistito ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, comprendono:

- a) le visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico. Al fine di migliorare lo standard delle prestazioni il medico si avvale di supporti tecnologici diagnostici e terapeutici sia nel proprio studio sia a livello domiciliare;
- b) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del proprio paziente, in quanto atti che attengono alla professionalità del medico di medicina generale;
- c) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad uso del medico e ad utilità dell'assistito, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al medico di collaborare ad eventuali indagini epidemiologiche mirate e a quanto previsto dagli accordi regionali;
- d) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- e) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;
- a) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro.

3. Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico:

- a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 15;
- b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:
 - l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
 - la donazione di sangue, plasma e organi;
 - la cultura dei trapianti;
 - il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
 - l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
 - la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale.
- c) obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;
- d) l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

Art. 32 - Compiti del medico a quota variabile di compenso, con compensi aggiuntivi

1. Il medico è tenuto a svolgere, oltre ai compiti indicati dal precedente articolo 31, compiti anch'essi finalizzati al soddisfacimento di bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali e uniformi di assistenza, remunerati con una quota variabile del compenso, aggiuntiva rispetto a quella prevista dall'art. 31.

2. I compiti di cui al presente articolo sono:

- a) assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati "G" e "H";
- b) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 39, lett. c);
- c) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D";
- d) assistenza in zone disagiatissime, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali di cui all'art. 45, lettera. "C2", comma 2;
- e) visite occasionali, secondo l'art. 43, comma 4.

- PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI sono tutte quelle non previste dai precedenti articoli, in particolare:
 - Certificazioni ad uso assicurativo (in ambito privato o INAIL)
 - Certificazioni di invalidità, o per ogni altra finalità.
- VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI

Art. 33 - Visite ambulatoriali e domiciliari

1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.

2. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

3. A cura della Azienda e del medico di medicina generale tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti.

4. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

5. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché, quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

6. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

6. Particolari necessità assistenziali relative alla effettuazione delle visite domiciliari e all'accesso agli studi professionali - collegate alla reperibilità del medico, all'orario di ambulatorio e alla richiesta delle visite domiciliari – possono essere oggetto di accordi regionali al fine di assicurare l'erogazione delle prestazioni.

SEGUE TESTO ACCORDO REGIONALE PER ASSISTENZA AGGIUNTIVA

ART. 25 – FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA

1. **Al fine di sviluppare e migliorare la disponibilità nel settore delle cure primarie e delle prestazioni erogate, unitamente alla facilitazione della accessibilità dei cittadini al medico di medicina generale e degli altri operatori sanitari, viene individuata una forma aggiuntiva di assistenza territoriale. Tale forma aggiuntiva deve garantire:**
 - a) disponibilità telefonica di sette ore giornaliere nei giorni feriali, escluso il sabato e prefestivi comprensive degli orari di studio;
 - b) chiusura di uno degli studi medici (se in forma associata) o dello studio (se in forma singola) non prima delle ore 19 dei giorni feriali escluso il sabato e prefestivi anche ove non previsto dalle norme del D.P.R. 270/2000;
 - c) apertura di due ore di uno studio medico (se in forma associata) o dello studio (se in forma singola) il sabato mattina per l'erogazione dell'assistenza ambulatoriale oltre le visite domiciliari previste dall'art. 33 D.P.R. 270/2000.
2. Ai medici che aderiscono in forma associata o singola, alla forma aggiuntiva di assistenza territoriale, viene erogata una quota di Lire 15.000 (Euro 7,747) annue a paziente, mensilmente in dodicesimi.
3. Ciascun medico aderente alla forma aggiuntiva mantiene l'obbligo di assicurare la propria disponibilità telefonica per sette ore al giorno anche nella eventualità che accordi aziendali, attraverso l'istituzione delle Equipe Territoriali dovessero individuare differenti modalità organizzative per l'erogazione della forma aggiuntiva di assistenza territoriale.
4. I medici identificano nell'ambito della loro forma associativa idonee modalità per dare adeguate risposte assistenziali ai propri pazienti per l'erogazione della forma aggiuntiva di assistenza relativamente all'apertura dello studio medico il sabato mattina.
5. Le prestazioni di cui al comma 1 lett. a, b, c, sono attuate previa comunicazione all'azienda U.S.L. per l'opportuna presa d'atto finalizzata al coordinamento con le altre attività aziendali, salva la possibilità da parte dell'azienda stessa di verificare in qualsiasi momento l'aderenza all'impegno.
6. A livello aziendale devono essere concordate adeguate forme di informazione all'utenza e di pubblicizzazione della forma di assistenza aggiuntiva.

RAPPORTI MMG-MEDICO SPECIALISTA

L'articolo 34 regola le modalità di effettuazione di un possibile consulto e definisce la necessità di una collaborazione

Art. 34 - Consulto con lo specialista

1. Il consulto con il medico specialista può essere attivato dal medico di medicina generale qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.
2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico di medicina generale presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.
3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del medico di famiglia, anche presso il domicilio del paziente.
4. Il medico di famiglia o lo specialista concordano i modi ed i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.
5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

Particolarmente importante è l'articolo 35 sulla cui base è possibile attivare una commissione per la gestione-valutazione dei percorsi assistenziali.

Art. 35 – Rapporti tra il medico di famiglia e l'ospedale

1. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale ex art. 11 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 47, adottano, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:
 - a) il dovuto accesso del medico di famiglia ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;
 - b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero;
 - c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note CUF e delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni;
 - d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.
2. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il medico di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente a domicilio.

3. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col medico di famiglia gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.
4. In ogni caso il medico di medicina generale nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.
5. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i medici di medicina generale convenzionati, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai medici di medicina generale presenti nei vari Uffici di coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.
6. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati maggiormente rappresentativi e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in day hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.
7. Le finalità di cui al comma 6 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 5.

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

ART. 8 - RAPPORTI CON LA STRUTTURA OSPEDALIERA

(ART. 35 D.P.R. 270/2000)

E' necessario stabilire tra struttura distrettuale ed ospedaliera un rapporto armonico caratterizzato da un continuum assistenziale.

Nei confronti delle Aziende Ospedaliere e dell'I.N.R.C.A., i Direttori Generali delle Aziende U.S.L. (ove sono ubicate queste ultime strutture) si faranno carico di stipulare apposite intese che dovranno prevedere tra l'altro, l'attiva partecipazione delle organizzazioni sindacali dei M.M.G. firmatarie dell'accordo, per il conseguimento degli obiettivi di fondo che di seguito sono dettagliati:

1. Confermare l'obbligo da parte del responsabile della unità operativa di interesse, di comunicare al medico di medicina generale dell'avvenuto ricovero del suo paziente, al fine di attivare il necessario raccordo clinico. Per la documentazione degli accessi, oltre quanto stabilito nel comma 4 dell'art.35 e nell'allegato E) del D.P.R. 270/2000 la presenza del medico di medicina generale deve risultare sulla cartella clinica ospedaliera del paziente;

2. Utilizzare in maniera sistematica la lettera di dimissione ospedaliera, da inviare al medico di medicina generale in busta chiusa, contenente almeno la diagnosi di ammissione, di dimissione, la descrizione di eventuali co-morbilità, gli esami diagnostici eseguiti (di conseguenza anche quelli che sono risultati nella norma) una breve nota sul decorso della degenza, la terapia medica consigliata e gli eventuali esami di controllo programmati, anche, ove possibile, mediante informatizzazione;
3. Rispettare scrupolosamente le note C.U.F. e informare il paziente sul contenuto delle stesse in modo da evitare incomprensioni tra paziente e medico di medicina generale nella fase di gestione territoriale dello stesso;
4. Stabilire dei percorsi preferenziali per il monitoraggio clinico strumentale dei pazienti nella fase di post-acuzie, evitando che lo spostamento dell'appuntamento a periodi non compatibili con i reali bisogni del paziente porti alla perdita del rapporto terapeutico;
5. Predisporre per i pazienti con patologie gravi una "dimissione protetta" affidando il paziente stesso al "sistema distrettuale";
6. Definire per pazienti affetti da patologie particolarmente invalidanti dei percorsi assistenziali caratterizzati anche dalla fornitura diretta di farmaci, prodotti dietetici o di ausili destinati a pazienti con:
 - Ictus, fratture di femore o sottoposti ad interventi ortopedici complessi, neoplasie di fase terminale, epatopatie, cardiopatie, broncopneumopatie in labile compenso clinico, demenze, sindromi neuromotorie altamente invalidanti, insufficienza renale cronica e sindrome uremica in trattamento dialitico;
7. Partecipare ai percorsi assistenziali Ospedale/Territorio tendenti a stabilire precisi interventi destinati a pazienti con patologie di rilevante interesse sociale.

ART. 9 - ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO

(ART. 36 D.P.R. 270/2000)

- 1. Fermo restando quanto previsto dall'art.36 del D.P.R. 270/00, la Regione e le Aziende ai fini della definizione e del mantenimento dei livelli di spesa programmati, si impegnano a garantire una maggiore informazione alla cittadinanza sulle modalità e procedure in materia prescrittiva, responsabilizzando altresì i soggetti prescrittori, il personale amministrativo ed i soggetti erogatori ad un attento e condiviso rispetto delle norme.**

Questo articolo della convenzione nazionale è particolarmente importante in quanto detta regole chiare (e poco rispettate!!!) sui rapporti mmg-specialista e sull'accesso diretto ad alcune v.specialistiche.

Art. 37 - Richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali

1. Il medico di famiglia, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita, indagine specialistica, prestazione specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 34.
3. Il medico può dar luogo al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.
4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, con l'indicazione "al medico curante", suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilità di successivi controlli specialistici.
5. Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste su modulario idoneo a consentire al cittadino la diretta esecuzione della prestazione o indagine richiesta, nel rispetto del disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, e tale da consentire di individuare il medico prescrittore e, con immediatezza, la sua area di appartenenza.
6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.
7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e 6, le Aziende emanano norme per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di medicina generale.
8. Le norme di cui al precedente comma 7 devono essere osservate, anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.
9. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato E) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.
10. Il modulario di cui all'art. 36, salvo il disposto del successivo art. 38, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche, nonché per le richieste di trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il medico annota la diagnosi del soggetto.
11. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 1, comma 6, del Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 209 dell'8 settembre 1997, le indagini preliminari al ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal medico di assistenza primaria e direttamente riconducibili al DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione da parte del medico stesso sul modulario del SSN.

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

ART. 10 - RICHIESTA DI INDAGINI SPECIALISTICHE, PROPOSTE DI RICOVERO E DI CURE TERMALI.

(ART. 37 D.P.R. 270/2000)

1. La Regione e le Aziende si impegnano a garantire l'adeguata pubblicizzazione delle norme tutte, previste dall'art. 37 del D.P.R. 270/2000 nonché ad effettuare un rigoroso controllo sulla integrale applicazione delle stesse da parte di tutti gli operatori sanitari, tecnici ed amministrativi del servizio.
2. La richiesta di indagini specialistiche, la proposta di ricovero e di cure termali hanno validità di giorni 30. Esse tuttavia rimangono valide oltre il termine indicato nel caso in cui la prestazione prenotata dal soggetto interessato entro tale data, di fatto viene eseguita in data successiva.
3. Sono incluse tra le prestazioni che non richiedono la preventiva prescrizione del medico di M.G. per l'accesso alla specialistica anche quelle necessarie per la cura dei portatori di HIV. Le strutture preposte, comunicheranno al medico di Medicina Generale esclusivamente l'avvenuta presa in carico del soggetto. Analogamente dovrà avvenire per tutti gli altri accessi diretti alle specialità che prevedono cure prolungate.

L'ARTICOLO 42 regola il collegamento con la continuità assistenziale.

Art. 42 - Collegamento con i servizi di continuità assistenziale

1. Il medico di famiglia valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisiopatologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.
2. Possono essere concordate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative apposite linee guida, ad uso dei medici di medicina generale, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.
3. Il medico di assistenza primaria, ove sussistano le linee guida di cui al comma 2, è tenuto alla osservanza del disposto di cui allo stesso comma.

L'articolo 52 che segue, regola i compiti del medico di continuità assistenziale:

Art. 52 - Compiti del medico

1. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dalla Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti.
2. Il medico è tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente o dalla centrale operativa, prima della fine del turno di lavoro. In particolari situazioni di necessità, ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali.
3. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore.

4. In relazione a particolari esigenze dei medici, specie nel periodo estivo, può essere concordata con l'Azienda la concentrazione in un solo mese dell'orario di attività che i singoli medici dovrebbero svolgere nel corso di due mesi consecutivi; per i medici che svolgono almeno 36 ore di attività settimanale ai sensi dell'art. 50 può consentirsi il recupero mediante la concentrazione nell'arco di tre mesi non consecutivi dell'orario che i medici dovrebbero svolgere nel corso di 3 mesi consecutivi. Tale accorpamento, che non comporta variazione nei pagamenti mensili, può essere consentito, peraltro, solo se vengono garantite le ordinarie esigenze di servizio attraverso reciproche sostituzioni tra i medici titolari di incarico interessati.

5. Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Le registrazioni devono avere per oggetto:

a - nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;

b - generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito (nel caso che sia persona diversa);

c - ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;

d - ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato.

6. Il medico utilizza, solo a favore degli utenti registrati, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura "Servizio continuità assistenziale", fornitogli dalla Azienda per le proposte di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore per un massimo di 3 giorni, le prescrizioni farmaceutiche per una terapia d'urgenza e per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore.

7. Il medico in servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno, anche per esigenze di servizio, spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario.

8. Il medico di continuità assistenziale che ne ravvisi la necessità deve direttamente allertare il servizio di urgenza ed emergenza territoriale per l'intervento del caso.

9. Il medico in servizio di continuità assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al nomenclatore tariffario dell'Allegato D, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero.

10. Le prestazioni di cui al precedente comma 9 sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante.

11. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:

- l'adesione alla sperimentazione dell'équipes territoriali di cui all'art. 15;
- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 31 comma 3;
- la segnalazione personale diretta al medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito dei casi di particolare complessità rilevati nel corso degli interventi di competenza, oltre a quanto previsto dall'art. 54.

12. Il medico di continuità assistenziale partecipa alle attività previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso analogamente agli altri medici di medicina generale che partecipano a tali attività.

Art. 53 - Competenze delle Aziende

1. L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale di pronto soccorso, necessari all'effettuazione degli interventi di urgenza individuati in sede regionale sentito il comitato di cui all'art. 12; in mancanza l'Azienda provvede tenendo conto delle indicazioni del comitato di cui all'art. 11.

2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali, dotati di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici.

3. La Azienda, sentiti i medici interessati, predispone i turni e assegna, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica, le sedi di attività, nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra.

4. L'Azienda provvede altresì:

- a) alla disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di radiotelefono e di strumenti acustici e visivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
- b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate presso le centrali operative;
- c) 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.

Art. 54 - Rapporti con il medico di fiducia e le strutture sanitarie

1. Il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (allegato "M"), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

2. La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.

3. Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e - se del caso - la motivazione che ha indotto il medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che egli ritenga utile evidenziare.

4. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentano caratteristiche di urgenza.

Visite al di fuori del proprio ambito territoriale

Art. 43 - Visite occasionali.

1. I medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti.

2. I medici, tuttavia, salvo quanto previsto per la continuità assistenziale e per l'assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio comune di residenza, ricorrono all'opera del medico.

3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe onnicomprensive:

- visita ambulatoriale	L. 30.000
- visita domiciliare	L. 50.000

4. Al medico convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il medico notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'allegato "D" su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.

5. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti e sulla base di appositi Accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte delle Aziende.

6. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare il modello prescrizione-proposta, indicando la residenza dell'assistito.