

VERBALE DI INTESA TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE E LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER IL COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA NELLE STRUTTURE TERRITORIALI PER URGENZE A BASSA COMPLESSITÀ

Premesso che:

- la Regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso di riorganizzazione dell'emergenza-urgenza per garantire al cittadino una presa in carico nelle situazioni di emergenza e urgenza che sia improntata al rafforzamento della rete di prossimità per le prestazioni di bassa criticità e della rete di emergenza per gli interventi ad alta complessità e tempo dipendenti, di cui le OO.SS. della medicina generale verranno opportunamente informate
- il percorso di riorganizzazione è improntato all'efficacia del sistema, alla qualità del lavoro dei professionisti ed alla sostenibilità
- la riorganizzazione si basa sulla rimodulazione assistenziale dinamica dell'Emergenza-Urgenza territoriale e Ospedaliera alla luce delle nuove opportunità date dall'attuazione del DM 70/2015 e dal recente DM 77/2022.
- la progettazione in corso prevede l'individuazione di due canali distinti per: l'urgenza a bassa complessità (in capo all'assistenza territoriale) e l'emergenza (assistenza ospedaliera/118). In particolare, prevede la progressiva attivazione, su tutto il territorio regionale, di strutture territoriali per urgenze a bassa complessità, afferenti organizzativamente all'assistenza primaria, collocate all'interno di Case della Comunità, presso alcune sedi di PPI, presso alcuni Ospedali territoriali di prossimità sprovvisti di DEA di I e II livello. Le predette strutture garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Pronto Soccorso/DEA.

Considerato che:

- il coinvolgimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nell'organizzazione e nella programmazione dell'attività territoriale a livello distrettuale, aziendale e regionale è oramai una esperienza consolidata che caratterizza la Regione Emilia-Romagna come Regione all'avanguardia;
- i medici del ruolo unico di assistenza primaria hanno confermato la loro disponibilità a partecipare attivamente al percorso di riorganizzazione dell'emergenza-urgenza sia garantendo il loro supporto nella fase di programmazione che rendendosi disponibili, ove possibile, alla attivazione di strutture territoriali per urgenze a bassa complessità, anche con riferimento a quanto previsto dall'articolo 44, comma 3, lettera b dell'ACN 28 aprile 2022, presso sedi di forme aggregative strutturate della medicina generale;
- Il vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale:
 - o all'art. 4 (Obiettivi Prioritari di Politica Sanitaria Nazionale), comma 1, lettera C (Accesso Improprio al Pronto Soccorso), recita testualmente: "L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i

cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AA.II.RR. prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio";

- all'art. 8, comma 2, prevede che “Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali:
 - a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
 - b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;
 - c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi”;
- all'art. 44, comma 3, prevede che “l'Azienda, in attuazione della programmazione regionale, realizza il proprio modello organizzativo avvalendosi delle seguenti opzioni:
 - a) attivazione della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117;
 - b) attivazione di ambulatorio di continuità assistenziale gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria integrati, ove necessario, con personale infermieristico, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso una sede propria o in prossimità di un DEA di I o II livello (purché con percorso ben distinto e separato da quello dedicato all'emergenza);
 - c) attivazione del servizio di continuità assistenziale realizzato con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, organizzato per fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la

rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118”;

- per raggiungere il risultato assistenziale specificato in premessa, è necessario che ogni AFT possa fare riferimento ad almeno una struttura territoriale per le urgenze a bassa complessità; particolare attenzione deve essere riservata alle AFT nelle zone non urbane o comunque a basso rapporto residenti/kmq;
- in Regione ER, per vigente AIR, i NCP sono equiparati funzionalmente alle AFT;
- è necessario procedere in tempi brevi alla stesura di nuovo AIR che, recependo l'atto di programmazione regionale, consenta la definizione e attivazione delle nuove AFT;

Tenuto conto del:

- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i.
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 21.06.2018
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 18.06.2020
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28.10.2020
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28.04.2022
- DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”
- Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 29.09.2006 (DGR 1398/2006)
- Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 04.07.2011 (DGR 1117/2011)
- Legge 19 maggio 2022, n. 52 (modificazioni apportate in sede di conversione al decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24)
- DM 23 maggio 2022, n.77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

SI CONDIVIDE QUANTO SEGUE

Per la realizzazione di efficace progetto di riforma si ritiene indispensabile la individuazione di due canali distinti:

- a) Urgenze a bassa complessità, clinico assistenziale in capo alla rete assistenziale delle cure primarie, e, specificamente, alla sua componente ruolo unico ad attività oraria e, in via subordinata e volontaria, a quella a ciclo di scelta escludendo i medici che hanno esercitato il diritto ad autolimitazione del numero di scelte;

b) Emergenze-urgenze sanitarie a medio-elevata complessità, in capo ai servizi di Accettazione ed Emergenza Urgenza Ospedaliera (118, PS, DEA).

La presente proposta, pur tenendo conto della necessaria integrazione e coordinamento con i Servizi di cui al punto b), sviluppa necessariamente l'organizzazione del Servizio di cui al punto a) e cioè quella riguardante le Urgenze Territoriali a bassa complessità.

Diffusione e Localizzazione delle strutture territoriali per le Urgenze a bassa complessità (CAU)

Si ritiene che, per raggiungere il risultato assistenziale specificato in premessa, dovrebbero essere costituite, a livello territoriale, strutture diffuse per la gestione delle urgenze a bassa complessità. Ferma restando la necessità di garantire una copertura per tutta la popolazione regionale, tali strutture a gestione cure primarie dovranno essere realizzate con particolare attenzione alle zone non urbane o comunque a basso rapporto residenti/kmq e ne dovranno essere attivate almeno una per Distretto.

La localizzazione deve essere stabile, ben identificabile dalla popolazione assistita, privilegiando il criterio di prossimità. Dovrebbero essere preferiti locali idonei messi a disposizione dalle AASSLL o dai Comuni o Consorzi di Comuni e le sedi di Casa della Salute/Comunità. Anche una forma aggregativa strutturata di medicina generale, organizzata ed idonea, potrà essere sede di tali setting assistenziali.

L'attivazione delle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità a gestione cure primarie avverrà, nel rispetto del D.M. n. 77/2022 e della programmazione delle CTSS di riferimento, garantendo un percorso di implementazione che veda la realizzazione contestuale sia di strutture realizzate nell'ambito territoriale, sia di quelle derivanti dalla riconversione dei PS e dei PPI, in un rapporto che dovrà essere, di norma, non superiore a uno a quattro fra strutture ex PS e strutture territoriali.

Le Aziende sanitarie si impegnano a presentare la nuova programmazione territoriale ai Comitati aziendali.

Dotazione logistica, umana e strumentale

Queste strutture devono essere necessariamente dotate di sala attesa, sala visita, sala per osservazione breve post visita, servizi. Il personale sanitario addetto non può prevedere meno di 1 Infermiere e 1 Medico dell'area funzionale e contrattuale della Medicina Generale a ruolo unico contemporaneamente presenti. Deve essere presente un sistema informatico in grado di assolvere le funzioni di registrazione delle prestazioni e alimentazione dei flussi (anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 28.04.2022), prescrizioni di farmaci ed accertamenti urgenti, accesso al FSE, certificazioni e, a regime, condivisione dei dati con i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta del territorio. In base alla tipologia di prestazioni concordate devono essere presenti le adeguate strumentazioni tecnico-sanitarie (es. eco di base, ecg con tele-refertazione, strumentario per piccola chirurgia, POCT ecc.).

Il personale medico e infermieristico impegnato presso le strutture territoriali per urgenze a bassa complessità non svolge contemporaneamente attività assistenziale domiciliare.

Diagnostica di primo livello nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità

L'allestimento delle strutture con ambulatori per la presa in carico di urgenze a bassa complessità è il seguente:

- sala d'attesa
- scrivania, poltrone e sedie, armadi farmaceutici adeguati anche per il conservazione degli stupefacenti e strumenti,
- lettino da visita, sgabello girevole, predellino a due gradini,
- porta rifiuti a pedale e carrello per medicazione in acciaio,
- lampada a lente circolare, scialitica
- sfigmomanometro,
- termometro,
- bilancia alta digitale,
- kit strumentario (otoscopio, dermatoscopio, pinza di Hartmann ecc.) oftalmoscopio, materiale per sutura chirurgica e medicazione, materiali per medicazioni, kit per lavaggio oculare, materiale per fleboclisi e terapia intramuscolare
- Dotazione farmacologica minima standardizzata

Diagnostica strumentale di primo livello per la presa in carico di patologia acuta:

- elettrocardiografo (ECG 12 derivazioni, ECG "rapido" 1 derivazione) con tele-refertazione
- pulsossimetro
- apparecchio per analisi POCT: PCR, EMOCROMO, elettroliti, transaminasi, defibrillatore e kit per emergenza (pallone autoespansibile bombola ossigeno, aspiratore, guedels, ecc.)
- ecografo, subordinatamente al completamento dei programmi formativi specifici da parte dei medici della struttura.

La Regione si fa carico di allestire e dotare di strumentazione tecnologica le strutture CAU, garantendo che gli allestimenti e le dotazioni siano omogenee (o comunque con tarature sovrapponibili).

Articolazione oraria

Le strutture territoriali per le urgenze a bassa complessità sono attive per tutta la settimana, con una copertura oraria da definire in rapporto al volume di attività atteso, secondo le esigenze locali e gli indirizzi regionali, tenendo in considerazione l'accessibilità della popolazione nelle aree interne/montane ed eventuali flussi turistici. Tali strutture garantiscono, di norma, la copertura oraria H12/H16/H24. Resta ferma la motivata possibilità di articolare orari di apertura diversi e comunque non inferiori alle 12 ore.

Accesso e casistica di competenza.

Il principio inderogabile, per la riuscita della progettualità è la presa in carico esclusivamente delle situazioni di urgenza clinica non a carattere di emergenza: bassa criticità del motivo principale di presentazione e bassa complessità del percorso clinico-diagnostico assistenziale che si stima essere conclusivo presso tali strutture territoriali o nell'ambito dei percorsi che possono essere attivati dai medici ivi impiegati.

I criteri d'accesso sono riconducibili ad almeno due delle seguenti categorie:

- paziente autonomo deambulante
- dolore NRS¹ < 7 (lieve 0-3, moderato 4-6, severo 7-10)
- Bassa criticità del motivo principale di presentazione e bassa complessità del percorso clinico-diagnostico assistenziale che si stima essere conclusivo presso la sede (prestazioni di primo livello, per esempio: ECG, profilo esami biochimici di base, ecografia, Diagnostica per immagini dove è prevista) e nell'ambito dei percorsi che possono essere attivati dalle strutture territoriali per le urgenze a bassa complessità.

La valutazione in fase di accesso, combinato con la casistica trattabile in base ai principi su espressi, deve quindi consentire da parte degli operatori sanitari il rinvio del paziente al proprio medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta se vengono riscontrate situazioni di non urgenza clinica e, invece, in caso di riscontro di patologia caratterizzata da emergenza clinica, la possibilità di inviare tramite ambulanza al P.S. con relazione clinica delle motivazioni, o ad altri servizi dell'emergenza. Inoltre, le prestazioni aggiuntive (di cui all'Allegato 6 ACN per la medicina generale 28.04.2020) abitualmente eseguite dai medici del ruolo unico a ciclo di scelta non sono erogabili presso queste strutture se non ricoprono carattere di urgenza.

Fermo restando che, ai sensi dell'art. 55-septies del D. Lgs. n. 165/2001, sono tenuti ad effettuare la trasmissione telematica dei certificati i medici dipendenti del SSN ed i medici in regime di convenzione con il SSN, vengono garantiti i compiti e gli obblighi del medico in servizio di cui all'art. 43, comma 7 dell'ACN 28 aprile 2022.

Criteria clinici di accesso appropriato alle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità (CAU)

L'assistito accede alle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità (CAU) tramite accesso diretto e, a regime, anche mediante il 116117.

Qualora sia possibile, il paziente deve rivolgersi al proprio curante di scelta oppure ad uno dei medici facenti parte della stessa forma associativa della medicina generale (AFT e medicine di gruppo)

Dopo il primo accesso da parte dell'assistito alle suddette strutture, la prosecuzione delle cure avviene tramite il MMG, in particolare non è previsto un secondo accesso alle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità per la stessa problematica che non rivesta carattere di urgenza.

I pazienti senza l'iscrizione al medico di medicina generale vanno invitati, dopo accesso al CAU, ad effettuare la scelta del medico consegnando loro opportuna modulistica e istruzioni specifiche.

A titolo puramente didascalico si elencano le casistiche cliniche più comuni di competenza:

- Dolore addominale di lieve entità con sintomi gastroenterici, nausea e vomito e sindromi gastroenteriche minori, diarrea acuta non ematica
- Febbre
- Acutizzazione di stati ansiosi

¹ Numerical Rating Scale - NRS (Downie, 1978; Grossi, 1983). Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 10 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento.

- Disturbi anoressici (es. pazienti con problematiche emorroidarie, ragadi, etc..)
- Vertigini di lieve entità
- Paziente con sintomatologia da calcolosi urinaria nota
- Lombalgia
- Infezioni del tratto urinario inferiore/difficoltà alla minzione,
- Medicazioni e rimozioni punti (turisti/studenti fuori sede/no MMG o PLS)
- Variazione parametri glicemici

Di seguito la descrizione degli obiettivi formativi conseguenti:

Cardiovascolare

- Urgenze ipertensive: Pressione sanguigna elevata asintomatica / discriminare le urgenze ipertensive minori e quelle che necessitano di cure ospedaliere in emergenza urgenza
- Trattamento delle urgenti ipertensive minori
- Riconoscimento di episodi aritmici e percorsi per l'invio allo specialista
- Episodi lipotimici e sincopali, risoltosi spontaneamente
- Telerefertazione di Elettrocardiogramma a riposo e riconoscimento delle principali anomalie + di episodi aritmici e percorsi per l'invio allo specialista

Respiratorio

- Paziente asmatico e bronchite asmatiforme: trattamento delle forme non severe
- BPCO con segni di iniziale riacutizzazione: trattamento delle forme non severe
- Infezioni delle vie aeree superiori e inferiori - criteri di ricovero ospedaliero e trattamento territoriale dei pazienti non da ricovero.

Pediatria

- Febbre pediatrica
- Infezioni del tratto urinario
- Otite media: riconoscimento e schemi di terapia
- Infezioni del tratto respiratorio superiore
- Esantemi virali pediatrici
- Disturbi gastrointestinali pediatrici (escluse diarree persistenti con rischio di disidratazione)
- dermatite da pannolino e mugugno
- Trauma pediatrico

Patologia infettiva comune

- Malattie delle vie respiratorie superiori
- Infezioni del tratto urinario
- Morsi di animali: trattamento, profilassi, medicazione e rivalutazione
- Cellulite: diagnostica e trattamento terapeutico
- Tosse / congestione/sintomatologia vie aeree superiori a recente ed acuta insorgenza.

Dermatologia

- Approccio eruzioni cutanee
- Verruche: riconoscimento
- Eczemi, dermatiti allergiche da contatto

- Infestazioni e morsi
- ustioni minori
- Psoriasi
- Tinea
- Uso di antibiotici e Steroidi topici
- Cura delle ferite: curettage, sutura curativa e medicazione semplice

Neurologia

- Cefalea nota ricorrente, a tipo emicrania o tensiva, in assenza di deficit neurologici (come da protocollo regionale)
- Tutti i sintomi neurologici insorti acutamente: parestesie, deficit delle sensibilità, deficit motori, vertigine acuta non inquadrabile con sicurezza come vertigine periferica, improvviso calo del visus o dell'udito ecc. non devono accedere alle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità o da questi immediatamente inviati in PS

ORL

- Dolore dentale e ascessi
- Epistassi: inquadramento e trattamento
- Dolore all'orecchio
- Allergie stagionali e riniti

Oculistica

- Occhio rosso
- Congiuntivite
- Ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva
- Emorragia sottocongiuntivale

Muscolo-scheletrico

- Contrattura muscolare
- Dolore articolari non traumatici
- Lombalgia (solo deambulanti) e rachialgie non traumatiche
- Sintomatologie algiche osteomuscolari croniche riacutizzate
- Traumatismi minori causati da dinamiche semplici e non pericolose: trauma cranico minore, trauma facciale minore, lesioni alle estremità, lesioni comuni (caviglia, ginocchio, spalla, polso)

Lacerazioni

- Ferite che non devono essere chiuse o che possono essere risolte con medicazioni non complesse o sterilstrip
- Tecniche generali di sutura e scelta di tecnica e fili e prescrizione follow up
- Ferite che possono essere risolte con sutura semplice (escluse le sedi con importante impatto estetico)
- Problemi post-estrazione dentaria

Tessuti molli

- Ematoma subungueale
- Prurito, arrossamento/tumefazione della cute e annessi cutanei
- Punture di insetto/pesce/morso di animale
- Ustioni minori / solari

Urologia e Ginecologia

- Trattamento delle infezioni delle vie urinarie
- Micosi e comuni infezioni genitali

I medici operanti nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità devono avere a disposizione gli orari di visita dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta del NCP/Distretto di competenza e il loro numero telefonico.

Deve inoltre essere previsto un sistema di collegamento telefonico dedicato con la Centrale Operativa del 118, al fine di attivare rapidamente l'eventuale trasporto degli utenti verso le strutture per la gestione delle emergenze-urgenze sanitarie a medio-elevata complessità, in caso di aggravamento delle condizioni cliniche inizialmente manifestate all'ingresso in struttura territoriali per urgenze a bassa complessità.

Destinatari della formazione:

Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta

Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria in quota oraria

La formazione sarà modulare, ossia il professionista una volta eseguita la valutazione (auto e colloquio di orientamento), avrà la possibilità di frequentare i moduli con i contenuti che sono necessari per acquisire le competenze attese.

La frequenza ai moduli formativi verrà stabilita sulla base delle competenze possedute valutate attraverso:

1. presentazione del curriculum vitae
2. autovalutazione
3. colloquio di orientamento con il Responsabile delle cure primarie in collaborazione con il Responsabile di emergenza-urgenza o loro delegati

Essa dovrà prevedere tuttavia obbligatoriamente per il profilo medico e infermieristico il possesso di certificazione o sua acquisizione di:

- BLS e PBLSD e, a regime, si valuterà se prevedere anche la acquisizione di ILS e EPLS/PALS

Il personale infermieristico dovrà essere a conoscenza di:

- Elementi di accoglienza e presa in carico correlati alla casistica delle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità

Attivazione percorsi rapidi di approfondimento diagnostico

La possibilità di attivazione motivata di percorsi diagnostici rapidi (teleconsulto, visite specialistiche, esami diagnostici strumentali) è di fondamentale importanza sia per l'efficacia intrinseca del progetto sia per la riduzione di accessi impropri alle strutture dell'emergenza, talvolta utilizzati proprio nei casi in cui c'è difficoltà del cittadino nel prenotare in tempi adeguati le stesse prestazioni.

A tale proposito appare però ugualmente fondamentale che la stessa possibilità debba essere messa a disposizione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta di fiducia dell'assistito, secondo percorsi concordati anche per permettere l'equilibrio dell'intero sistema territoriale comprese le stesse strutture territoriali per le urgenze a bassa complessità.

È necessario strutturare, con modalità definite a livello locale, dei percorsi codificati per l'accesso facilitato (urgenze U e B) per consentire al medico di medicina generale di avere, nel più breve tempo possibile, disponibilità di esami/diagnostica/visite specialistiche, come ad esempio, RX, TC.

Trattamento Economico

In considerazione dell'aumento dello sforzo richiesto, come riconoscimento dell'impegno profuso e del complesso delle attività da sviluppare all'interno di tali strutture, la remunerazione dell'attività erogata del medico presso le strutture territoriali per le urgenze a bassa complessità (CAU) è pari a euro 42 per ogni ora di attività, così costituita: quota oraria prevista per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo orario di euro 23,65 (articolo 47, comma 3 dell'ACN vigente) e indennità oraria ulteriore pari a euro 18,35.

Tale compenso è da ritenersi comprensivo di tutte le attività svolte dal medico in servizio presso tali strutture, compreso:

- completamento dei moduli formativi necessari per l'acquisizione degli obiettivi definiti (o attestazione del possesso dei contenuti formativi)
- utilizzo della strumentazione diagnostica di I livello
- utilizzo dell'applicativo di registrazione dell'attività erogata e condivisione, ove possibile, dei dati con i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta del territorio
- integrazione con la rete degli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta per la copertura h24, in considerazione del percorso di riorganizzazione dell'emergenza-urgenza regionale nonché come previsto all'art.44, comma 3, lett. c del vigente ACN per la medicina generale

La quota parte ENPAM a carico dell'Azienda USL è calcolata su tutti i compensi di cui sopra.

Oltre ai compensi di cui sopra verranno riconosciute:

- Certificazioni INAIL;
- Visite occasionali ambulatoriali (euro 20) a favore di cittadini non residenti in Regione Emilia-Romagna secondo quanto previsto dall'articolo 46, comma 3 dell'ACN vigente.

In relazione ai compensi di cui al capoverso precedente, l'Azienda USL si farà carico della riscossione nei confronti dell'utente, anticipandone la liquidazione al medico.

Garanzia per responsabilità civile dei medici che operano nei CAU

Per le attività che medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgeranno nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità, come declinate nel presente accordo, e in coerenza con quanto previsto dalla legge 8 marzo 2017 n. 24, si specifica che il "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie"(D.G.R. n. 2079 del 23 dicembre 2013), a cui aderiscono tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, opera a copertura dei danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, quindi anche in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

La copertura assicurativa per responsabilità per colpa grave resta in capo ai professionisti.

Campagna Informativa rivolta alla popolazione assistita.

La presenza di una campagna informativa e la diffusione dei criteri di accesso rivolta alla popolazione assistita delle zone in cui vengono realizzate queste strutture è di fondamentale importanza per la riuscita del progetto. La stessa ha il duplice scopo di informare della presenza della struttura territoriale per urgenze a bassa complessità della sua ubicazione, della tipologia di accesso e della casistica che può essere in esso trattata, e allo stesso tempo evidenziare quelle casistiche sanitarie che necessitano invece di accesso direttamente ai servizi propri dell'emergenza.

La Regione Emilia-Romagna, sin da subito, attiverà e coordinerà una campagna informativa, multimediale, e con periodici richiami durante l'anno, rivolta alla totalità della popolazione per comunicare in maniera omogenea e non mediata:

- Le finalità della riorganizzazione:
- Le caratteristiche della nuova rete
- La tempistica di attivazione
- La casistica che può recarsi ai CAU in urgenza
- Il funzionamento delle strutture, i bisogni ai quali danno risposta e cosa possono aspettarsi, precisando che non sostituiscono in nessun modo il rapporto fiduciario instaurato con il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta.

Entrata in vigore e durata del verbale di intesa

Il presente verbale di intesa entra in vigore dalla data di assunzione della relativa deliberazione di Giunta Regionale e rimane in vigore sino al 31.12.2024 o, in alternativa, sino alla ratifica, a livello nazionale, di accordi collettivi nazionali o verbali di preintesa, oppure sino alla ratifica dell'accordo integrativo regionale in applicazione dell'ACN per la medicina generale 28.04.2022, nonché disposizioni legislative a livello nazionale, che vadano a modificare e/o integrare i contenuti delle disposizioni qui contenute.

Norma finale n. 1

Dall'entrata in vigore della presente intesa, le parti si impegnano ad una rivalutazione periodica a cadenza almeno semestrale sul raggiungimento dei reciproci obiettivi, da valutare anche tenendo conto di indicatori di processo e di esito tra i quali quelli che misurano l'impatto sugli accessi al PS (es. programma nazionale esiti, nuovo sistema di garanzia ex DM 12 marzo 2019, articolo 4, comma 1, lettera C dell'ACN vigente) e a valutare azioni di miglioramento.

Bologna,.....

Il Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

FIMMG