

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE TRA LA REGIONE LIGURIA E LE OO.SS.  
DELLA MEDICINA GENERALE PER L'INFORMATIZZAZIONE DEI MEDICI DI  
ASSISTENZA PRIMARIA E ALTRE NORME INTEGRATIVE**

**SCENARIO NORMATIVO**

La vigente normativa nazionale prevede per i medici prescrittori in rapporto di convenzione con il SSN una pluralità di adempimenti legati all'utilizzo dei sistemi informatici. Per l'assolvimento di tali adempimenti, gli Accordi Collettivi Nazionali che regolamentano i rapporti di convenzione prevedono per i medici l'obbligo alla informatizzazione e ad aderire ed utilizzare i sistemi informativi messi a disposizione dalla Regione di appartenenza secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.

Nello specifico:

l'art. 59 ter dell'Accordo Collettivo Nazionale dei MMG del 29 luglio 2009, così come integrato dall'Accordo Collettivo Nazionale 8 luglio 2010 dispone:

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei medici-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 13 bis, comma 5.
2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.
3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.
4. La relativa trattenuta è applicata dall' Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.
5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.
6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30.

L'art. 59 bis "Flusso informativo" dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29 luglio 2009 dispone:

1. Dal 1° gennaio 2009, il medico di assistenza primaria trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:
  - Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
  - Accesso allo studio medico, con o senza visita medica;
  - Visite domiciliari;
  - PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);
  - Assistenza domiciliare (ADP/ADI);
2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:
  - riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura);
  - riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato;
  - essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.
3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati

Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.

4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

L'art. 3 dell'ACN 8 luglio 2010 "Disposizioni sui flussi informativi e comunicazioni "paperless dispone:

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della regione o provincia autonoma della rete informatica regionale di cui all'art. 59 ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., nell'ambito dei compiti del medico di assistenza primaria, è avviato il percorso di implementazione del "patient summary" attraverso le seguenti fasi da attuare progressivamente:

a) l'implementazione ha inizio con l'invio sperimentale, al fine della valutazione della qualità del dato, di un set concordato di informazioni riferito agli assistiti in carico ultra 75enni;

b) stabilizzato il flusso di cui al punto a), viene stabilita concordemente a livello regionale la graduale implementazione dell'invio dei dati, riferita agli assistiti in carico con patologie croniche;

c) al termine delle fasi di cui ai precedenti punti a) e b) è prevista una verifica congiunta a livello regionale al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi ed introdurre gli eventuali ed opportuni aggiustamenti per il consolidamento del "patient summary" riferito a tutta la popolazione assistita, al fine dell'utilizzo da parte del Sistema Sanitario Regionale.

Le regioni definiscono, d'intesa con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, la tempistica più opportuna del percorso di implementazione del "patient summary" per rendere coerente lo sviluppo della sanità elettronica con la programmazione regionale.

2. L'individuazione dei pazienti cronici per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 8 del presente accordo viene effettuata con criteri definiti e condivisi a livello regionale. Per tali pazienti i medici di assistenza primaria inviano all'Azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai pazienti cronici in carico. I dati epidemiologici in loro possesso da trasmettere nel prospetto informativo sono individuati e condivisi a livello regionale.

3. Le informazioni di cui al presente articolo, così come quelle previste all'articolo 59 bis dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e più in generale qualsiasi altra informazione amministrativa rilevante sotto il profilo del rapporto convenzionale, vengono trasmesse dal medico all'Azienda sanitaria e da quest'ultima al medico esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

4. Gli obblighi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo devono rispettare la tempistica prevista al 1° comma dell'art. 59 ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., fatto salvo quanto previsto al comma 4 dell'art. 59 bis e al comma 5 dell'art. 13 bis del medesimo ACN.

Il D.M. 26 febbraio 2010, in applicazione dell'art. 8 del DPCM 26 marzo 2008 attuativo dell'art. 50 comma 5 bis del D.L. n. 296/2003, introdotto dall'art. 1 comma 810 della legge 296/2006 concernente il collegamento telematico in rete dei medici del SSN e la trasmissione telematica dei certificati di malattia all'INPS, definisce le modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico, da parte dei medici, dei dati delle certificazioni di malattia all'INPS per il tramite del SAC. Con il nuovo art. 55 septies del D. Lgs. 165/2001, introdotto dal D. Lgs. 150/2009, i medici hanno l'obbligo, in caso producano un certificato di assenza dal lavoro per malattia, dell'invio informatizzato dello stesso all'INPS. Il mancato rispetto di tale obbligo è sanzionato ai sensi del comma 4 del citato art. 55 septies del D. Lgs. 165/2001.

Nel corso del 2011 sono entrate gradualmente in vigore nelle Regioni le nuove modalità di verifica delle esenzioni per reddito, stabilite dal Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009. A recepimento del decreto da parte della Regione Liguria, al MMG presrittore, deve essere fornita dal Sistema

Tessera Sanitaria la lista degli esenti al fine di consentire, all'atto della prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale la verifica, su richiesta dell'assistito, del diritto all'esenzione e la relativa apposizione del codice sulla ricetta.

L'art. 59 lettera B comma 11 dell'ACN 29 luglio recita

11. Dalla entrata in vigore del presente Accordo tutti i medici di assistenza primaria sono obbligati a garantire, dal momento dell'assunzione dell'incarico, nel proprio studio e mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e devono consentire l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza. Per questo e fino alla stipula degli accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter, è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di Euro 77,47.

L'art. 13 bis "Compiti e funzioni del medico di medicina generale" dell'Accordo Collettivo Nazionale 29 luglio 2009, dispone:

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico, nell'ambito dei compiti previsti dagli art. 45, 67, 78 e 95 del presente accordo, espleta le seguenti funzioni:

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
- persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

2. Le funzioni ed i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del medico.

3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale di cui all'art. 26 bis e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dall'art. 26 ter, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

4. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'azienda sanitaria come previsto dall'art. 59 bis del presente accordo.

5. Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 59 bis, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.

6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.

A seguito della sperimentazione del sistema ricetta elettronica di cui all'accordo integrativo regionale del 22 dicembre 2011, approvato con DGR 1744/2011, la Società Datasiel cui sono stati affidati i relativi lavori di configurazione/installazione delle postazioni informatiche dei 50 medici interessati terminati in data 18 settembre 2012, ha accertato il regolare e corretto funzionamento tra il modulo dei MMG ed il sistema centrale SAL RL.

Nel corso delle riunioni tenutesi presso il MEF con le regioni per la verifica dello stato di avanzamento del progetto Ricetta Elettronica e della successiva evoluzione della de-

materializzazione nel corso del 2012, la Regione Liguria è stata inserita fra quelle in situazione di miglioramento.

Il D. L. 18/10/2012 n. 179 convertito ed integrato dalla legge di conversione 17 dicembre 2012, n. 221, detta ulteriori disposizioni in materia di:

- ◆ Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia nel settore pubblico e privato
- ◆ Fascicolo sanitario elettronico e sistemi di sorveglianza nel settore sanitario
- ◆ Prescrizione medica e cartella clinica digitale, con particolare riferimento all'obbligo per i medici prescrittori di rilasciare le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche esclusivamente in formato elettronico e al rimando che l'inosservanza di tale obbligo comporta l'applicazione di quanto previsto dall'art. 55-septies, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.
- ◆ Ricetta medica.

Ai fini dell'assolvimento di tutti gli adempimenti normativi e contrattuali sopra richiamati i MMG necessitano di:

- Essere dotati di postazioni informatiche idonee a consentire la stampa delle ricette comprensive delle necessarie esenzioni per patologia e reddito
- trasmettere telematicamente a INPS i certificati di malattia
- trasmettere telematicamente a MEF/Regione i dati delle ricette (farmaci e prestazioni ambulatoriali) comprensivi dei codici di esenzione per patologia e reddito
- trasmettere telematicamente alle ASL i patient summary (senza oneri di trasmissione)

A fronte dei suddetti impegni il MEF mette a disposizione sistemi informatici che consentono di:

- inserire, ai fini di una mera trasmissione allo stesso, tutti i dati di prescrizione con una modalità che comporta però un raddoppio delle attività legate alla prescrizione: una prima fase (informatizzata o manuale) necessaria per la predisposizione della ricetta cartacea ed una seconda necessaria per la trasmissione dei dati al MEF;
- verificare, collegandosi all'Anagrafe Fiscale, la sussistenza del diritto all'esenzione per reddito dei propri assistiti

Onde limitare l'impatto dei suddetti obblighi sull'attività di studio le organizzazioni di MMG hanno ritenuto pressoché necessario dotare gli studi stessi di un sw di cartella ambulatoriale in grado di stampare le prescrizione sulla modulistica corrente ('ricetta rossa') ed effettuare, tramite linea ADSL, la trasmissione telematica senza doppio inserimento dei dati.

A tale richiesta hanno aderito i fornitori delle soluzioni sw con l'offerta, a titolo oneroso, di appositi add-on e dei relativi servizi di assistenza

Tali sviluppi si collocano all'interno di uno scenario in cui la Regione Liguria ha effettuato rilevanti investimenti per la costituzione, tramite la server farm Datasiel, di una infrastruttura di elaborazione e comunicazione in grado di supportare adeguatamente nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari ed assicurare, negli anni, il funzionamento di sistemi quali CUP ed Anagrafe Sanitaria con livelli di affidabilità superiori al 99%.

All'interno di tale infrastruttura è collocato il Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) che è stato inizialmente sviluppato per offrire pieno supporto al processo di e-prescription ma rappresenta un concentratore di flussi informatici da e verso i soggetti convenzionati (MMG/PLS e farmacie) tale da assicurare, con la massima affidabilità, il loro organico inserimento nel Sistema Informativo Sanitario Regionale.

La parte di accordo descritta nel seguito intende garantire ai MMG la possibilità di ottemperare agli obblighi normativi e contrattuali con il minimo dispendio di attività, valorizzare gli investimenti regionali fin qui effettuati, assicurare la diffusione delle best-practice sviluppate presso le ASL ed un ulteriore arricchimento del sistema basato sull'accesso al Fascicolo Sanitario Regionale e sul ritorno informatizzato dei dati di refertazione.

In tale accordo si colloca infine l'avvio di un processo di condivisione delle informazioni cliniche rilevanti esposte secondo schede di sintesi elaborate dai MMG (Patient Summary).

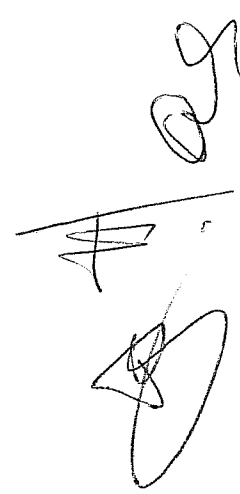
A tale fine la Regione si impegna ad effettuare gli investimenti necessari per dotare i sistemi centrali di opportune interfacce e standard che consentano la gestione dei flussi telematici descritti nel seguito.

#### Da postazioni MMG a sistemi centrali:

- Prescrizioni farmaci e prestazioni ambulatoriali
- PPIP e Accessi Domiciliari
- Patient Summary (con le modalità stabilite dal Comitato di cui infra)
- dataset minimo di informazioni per l'emergenza

#### Da sistemi centrali a postazioni MMG:

- Aggiornamenti anagrafica assistiti
- Aggiornamento esenzioni per patologia e reddito
- Integrazione con CUP per lo scarico del catalogo delle prestazioni ambulatoriali prescrivibili
- notifica di avvenuto ricovero, dimissione e acquisizione della lettera di dimissione
- Referti strutturati dei laboratori di analisi;
- Altri referti in formato pdf
- Integrazione con sistema cup senza ri-digitazione dati della ricetta
- Accesso Fascicolo Sanitario Regionale
- Integrazioni con ASR per invio/ricezione dati sulla professione:
  - notifica all'Azienda del sostituto
  - invio e/o ricezione informazioni su:
    - studi
    - forme associative
    - dati di convenzione
    - dati di massimale
    - dati contabili/retributivi (indennità)
    - iscrizioni alle Associazioni di categoria
    - dati di pagamento (dati del cedolino)
    - competenze retribuite
- Integrazioni con il Sar / Sac:
  - Ricezione lotti NRE
  - Elenco sintetico stato degli invii

Handwritten signature and initials in black ink, located on the right side of the page. The signature appears to be 'F. P.' and the initials are 'P.P.'.

- Elenco analitico dell'esito dei controlli sulle ricette inviate
- Verifica percentuale ricette inviate elettronicamente su totale

Al fine di garantire la continuità dell'erogazione dei servizi attualmente resi e avuto riguardo agli esiti della sperimentazione di cui all'accordo integrativo regionale, sottoscritto in data 22 dicembre 2011 e approvato con DGR 1744/2011, e quindi per favorire la partecipazione dei medici di assistenza primaria convenzionati al progetto di integrazione al sistema informativo sanitario regionale, le ASL stipuleranno accordi aziendali al fine di fornire il software della cartella clinica, add-on e relativa assistenza a ciascun medico al fine del collegamento al SAR nell'ambito delle risorse economiche messe a disposizione dal presente accordo. A tale scopo verrà effettuata una ricognizione sulla attuale dotazione di cartella clinica delle singole postazioni dei medici di medicina generale per stipulare appositi accordi quadro al fine di ottenere una economia complessiva di sistema.

Gli accordi aziendali dovranno essere stipulati entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo.

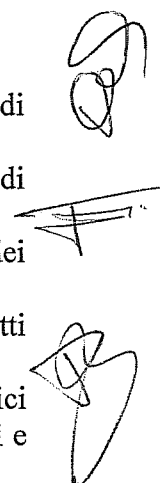
La fornitura a cura della parte pubblica di quanto sopra descritto sarà finanziata con la disponibilità derivante dal fondo residuo del progetto per la prevenzione del rischio cardiovascolare e dall'accantonamento del 10% del fondo ex art. 8 comma 2 dell'ACN 8 luglio 2010 negli anni 2010, 2011, 2012, e successivi. Eventuali necessità di risorse integrative saranno messe a disposizione dalla Regione mediante specifici accordi a livello aziendale.

Il SSR fornirà ai medici di assistenza primaria convenzionati la linea di collegamento per accedere ai servizi del SSR, SSN nonché a tutti gli altri servizi telematici necessari all'adempimento degli obblighi contrattuali e normativi vigenti.

L'indennità di informatizzazione ex art. 59 lett. B comma 11 dell'ACN 29 luglio 2009 pari a € 929,64 annua, si intende mantenuta ai medici nel rispetto da parte degli stessi degli obblighi scaturenti dalla normativa di rango legislativo e contrattuale vigente.

Le parti sono tenute a costituire una Commissione tecnica paritetica composta da quattro membri di parte pubblica e quattro membri di parte sindacale con le seguenti competenze:

1. Concordare il set di informazioni da implementare nel Patient Summary e le modalità di verifica del rispetto della tutela dei dati personali dei pazienti;
2. Verificare la sicurezza dei sistemi centrali verso cui sono diretti i dati dalle postazioni dei medici di medicina generale;
3. Verificare eventuali violazioni delle norme a tutela dei dati personali dei sopra descritti sistemi, avvalendosi dei competenti responsabili del trattamento dei dati personali;
4. Stabilire mediante parere vincolante quali soggetti abbiano diritto ad accedere ai dati clinici e quali soggetti possono accedere ai dati aggregati e anonimizzati, nel rispetto dei vincoli e delle modalità previste dalla legislazione al tempo vigente;
5. Monitorare l'eventuale difficoltà di invio della ricetta elettronica, contattando i medici inadempienti rispetto agli obblighi scaturenti dalla normativa di rango legislativo e contrattuale vigente, proponendo soluzioni per le difficoltà eventualmente rilevate; l'accertata violazione dei predetti obblighi da parte del Comitato costituisce elemento di valutazione ai fini della prosecuzione delle forniture previste dal presente accordo;



6. Verificare eventuali violazioni dell'obbligo a carico di tutti i medici di effettuare le prescrizioni su ricettario regionale e dell'obbligo di invio del certificato di malattia per via telematica.

La Regione si impegna a stabilire ed irrogare idonee sanzioni nei confronti dei medici inadempienti.

La presente intesa è soggetta a verifica alla scadenza del primo biennio di vigenza.

### **Norme integrative all'AIR**

Contestualmente le parti concordano quanto segue:

#### Art. 1

##### Forme associative

Ad iniziale applicazione del decreto 189/2012, su richiesta dei medici, possono essere realizzate le seguenti forme di associazione:

Forme associative di "natura mista" tra "medicina di gruppo" e "medicina in rete", nel rispetto della ubicazione geografica degli studi dei medici interessati, che consentiranno ai medici coinvolti il mantenimento delle relative indennità economiche;

Possibilità per il medico singolo di associarsi in rete con una medicina di gruppo, nel rispetto della ubicazione geografica degli studi dei medici interessati. (Tale clausola entrerà in vigore solo a seguito di favorevole parere della SISAC).

Nell'eventualità che i medici partecipanti ad una forma associativa di gruppo si riducano, per cause dovute a pensionamento o altre cause di estinzione del rapporto di convenzione, in numero inferiore a quello minimo contrattualmente previsto per tale forma, l'Azienda, a fronte di richiesta da parte di un medico, ne autorizzerà l'ingresso al fine di ripristinare il numero minimo previsto. L'Azienda, previo parere del Comitato Aziendale, autorizzerà l'ingresso di tale nuovo medico prioritariamente senza il rispetto dello scorrimento della graduatoria o delle procedure previste a livello aziendale per la concessione delle indennità e tale ingresso non deve comportare incrementi di spesa.

Nel caso in cui il numero minimo del gruppo venga meno a causa del trasferimento di taluno dei componenti in altra forma associativa, l'integrazione del gruppo da parte di un nuovo medico potrà avvenire esclusivamente previa verifica da parte della Azienda della disponibilità del fondo per le indennità e nel rispetto delle procedure aziendali previste per la concessione delle indennità. In tal caso l'indennità di gruppo dei restanti medici viene sospesa fino al ripristino del gruppo stesso.

Si conviene che le forme associative della medicina di assistenza primaria obbligatoriamente previste dagli ACN e AIR, al fine della implementazione delle modalità organizzative assistenziali, non configurano autonoma organizzazione per i medici di medicina generale quali liberi professionisti convenzionati.

#### Art. 2

##### Prestazioni aggiuntive

Ai fini del contenimento delle liste di attesa e anche nell'ambito dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali), il medico di assistenza primaria può eseguire ai propri pazienti, ai sensi dell'art. 14 comma 4 lettera A punto g) e della lettera C dell'Allegato D dell'Accordo Collettivo Nazionale, prestazioni aggiuntive retribuite (PPIP).

Nell'ambito di tale attività possono essere eseguite ECG, spirometria, ecografia, ecocolordoppler. Specifici accordi aziendali dovranno regolamentare entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo le modalità di erogazione delle prestazioni, la rendicontazione, la remunerazione delle medesime (le cui tariffe dovranno essere riferite al DM 22/7/1996 "Prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe" e successive modificazioni ed integrazioni) nonché il tetto massimo delle prestazioni erogabili.

Gli accordi aziendali dovranno:

garantire misure di tutela medico-legale;

prevedere prestazioni di ECG, spirometria, ecografia ed ecocolordoppler anche in percorsi PDTA;

non prevedere prestazioni di screening;

prevedere che il medico garantisca i requisiti minimi dell'ecografo e la formazione minima in conformità ai parametri concordati in sede di Comitato Permanente Regionale del 21 aprile 2011 (allegato A);

prevedere limiti alle prestazioni;

prevedere un monitoraggio atto a verificare l'appropriatezza delle prestazioni rese dal medico, anche mediante controlli incrociati che rilevino che alla prestazione PIP resa dal medico a quel paziente non abbia fatto seguito analoga prestazione a cura di uno specialista ambulatoriale convenzionato od ospedaliero, su richiesta dello stesso medico curante.

Le prestazioni potranno essere erogate dal Medico solo ai propri assistiti in carico, se opera in forma singola, o anche ai pazienti in carico ai medici facenti parte della stessa forma associativa, se opera in forma associata, ed al fine del completamento diagnostico a seguito di una visita generica.

Ferma restando la competenza degli accordi aziendali nella regolamentazione delle modalità di erogazione delle prestazioni, nella rendicontazione e nella remunerazione, ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive, il medico di assistenza primaria è tenuto ad inviare entro il 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e numero di codice fiscale dell'assistito.


Il totale mensile dell'onorario non potrà superare l'importo del compenso forfettario di quel mese del singolo medico di assistenza primaria o l'importo del totale complessivo dei compensi forfettari dei medici che aderiscono alla forma associativa se trattasi di associazione di medici.

Il presente accordo è soggetto a controfirma di parte sindacale alla conclusione della prima fase delle trattative aziendali.

Letto, approvato e sottoscritto

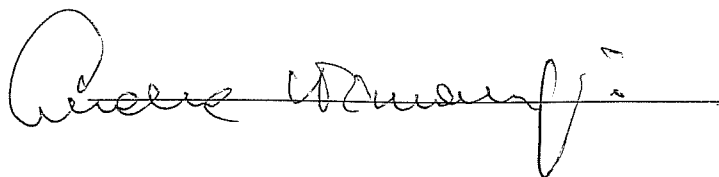
Genova, li 3.6.2013

L'Assessore alla Salute Politiche  
della Sicurezza dei Cittadini

  
\_\_\_\_\_



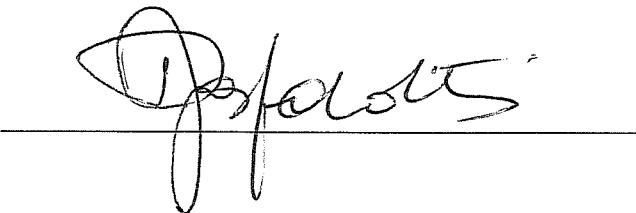
FIMMG



SNAMI



SMI



INTESA SINDACALE



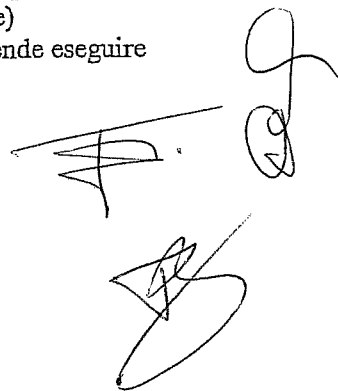
## ALLEGATO A

### Requisiti minimi dell'ecografo

1. Dotazione di un Ecografo multidisciplinare, a tecnologia digitale, di ultima generazione, provvisto di marchio CE, dotato almeno delle seguenti caratteristiche tecniche:
  - Sonda convex, per utilizzo interno, con frequenza indicativa fra 2 e 5 Mhz
  - Sonda lineare, per studio organi superficiali, con frequenza indicativa fra 5 e 12 Mhz
  - esecuzioni di immagini in B-mode, M-mode, PWD, CVD, CFM, POWER-DOPPLER
  - cine-memory con elevato numero di frames
  - profondità di lavoro almeno fino a 28 cm
  - presenza di parametri di regolazione dell'immagine (frame-rate, range dinamico, profondità, guadagno, persistenza, ecc...)
  - software completo di calcoli in automatico
  - zoom in real-time e su immagine congelata, senza perdita di definizione
  - dotato di preset personalizzabili per ogni sonda

### Formazione minima richiesta

1. Essere in possesso di iter formativo di base certificato (Diploma SIUMB o comunque diploma con accreditamento ECM conseguito presso un ente certificatore nazionale o regionale, oppure dimostrare frequenze presso i Servizi di radiologia o reparti/ambulatori presso i quali si fa uso della metodica ecografica di base per almeno 300 ore)
2. In alternativa: essere specialista nell'ambito del tipo di ecografia che si intende eseguire

The block contains several handwritten signatures and initials. At the top right, there is a signature that appears to be 'G'. Below it, there are more initials, including what looks like 'SE' and another signature that is partially obscured by a large scribble.