



IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data alle ore, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Vincenzo Pomo

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG

SNAMI

SMI

INTESA SINDACALE

CISL MEDICI - FP CGIL MEDICI - SIMET - SUMAI

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli Accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep.164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'Accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 79, comma 2 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133.

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

INDICE

INDICE.....	3
TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI.....	6
CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE.....	6
Art. 1 – Quadro di riferimento.....	6
Art. 2 – Campo di applicazione e durata dell'Accordo.....	7
Art. 3 – Livelli di contrattazione.....	8
Art. 4 – Flussi informativi.....	9
Art. 5 – Tavolo di consultazione nazionale.....	10
CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	11
Art. 6 – Istituzione delle forme organizzative AFT e UCCP.....	11
Art. 7 – Partecipazione alla UCCP.....	12
Art. 8 – Il coordinatore di UCCP.....	13
Art. 9 – Comitato regionale.....	14
Art. 10 – Comitato aziendale.....	15
Art. 11 – Programmazione delle attività della medicina generale.....	16
CAPO III – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI.....	17
Art. 12 – Rappresentanza sindacale.....	17
Art. 13 – Rappresentatività.....	18
Art. 14 – Tutela sindacale.....	19
Art. 15 – Partecipazione di rappresentanti sindacali a comitati e commissioni.....	20
CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE.....	21
Art. 16 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni.....	21
Art. 17 – Incompatibilità.....	23
Art. 18 – Sospensione dagli incarichi e dalle attività convenzionali.....	25
Art. 19 – Assenze per incarichi istituzionali.....	27
Art. 20 – Cessazione, revoca e decadenza dell'incarico convenzionale.....	28
Art. 21 – Procedimento disciplinare.....	29
Art. 22 – Formazione continua (ECM).....	32
Art. 23 – Attività didattica.....	34
Art. 24 – Libera professione.....	35
TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE.....	36
CAPO I – CURE PRIMARIE.....	36
Art. 25 – Caratteristiche generali delle AFT.....	36
Art. 26 – Il referente di AFT.....	39
Art. 27 – Ruolo unico del medico di cure primarie.....	40
Art. 28 – Rapporto ottimale e regolazione del fabbisogno assistenziale.....	41

Art. 29 – Assegnazione di nuovi incarichi e instaurazione del rapporto convenzionale.....	43
Art. 30 – Procedure per l’assegnazione di incarichi.....	45
Art. 31 – Requisiti degli studi medici.....	48
Art. 32 – Sostituzioni.....	49
Art. 33 – Incarichi provvisori.....	50
Art. 34 – Massimale di scelte e sue limitazioni.....	51
Art. 35 – Scelta del medico di cure primarie.....	52
Art. 36 – Revoca e riconsiderazione della scelta.....	54
Art. 37 – Revoca d’ufficio delle scelte.....	55
Art. 38 – Effetti economici di scelta, revoca e riconsiderazione.....	56
Art. 39 – Compiti del medico di cure primarie.....	57
Art. 40 – Attività assistenziale a prestazione oraria del medico di cure primarie.....	60
Art. 41 – Attività prescrittiva.....	63
Art. 42 – Assistenza ai turisti e visite occasionali.....	65
Art. 43 – Trattamento economico del medico di cure primarie.....	66
Art. 44 – Contributi previdenziali e coperture assicurative.....	70
CAPO II – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI.....	72
Art. 45 – Campo di applicazione.....	72
Art. 46 – Massimale orario, variazioni e limitazioni.....	73
Art. 47 – Compiti del medico di medicina dei servizi territoriali.....	74
Art. 48 – Trasferimenti – Disponibilità.....	75
Art. 49 – Sostituzioni.....	76
Art. 50 – Permesso annuale retribuito.....	77
Art. 51 – Assenze per malattia e gravidanza.....	78
Art. 52 – Assenze non retribuite.....	79
Art. 53 – Trattamento economico – Contributi previdenziali.....	80
Art. 54 – Rimborso spese di accesso.....	82
Art. 55 – Premio di collaborazione.....	83
Art. 56 – Premio di operosità.....	84
Art. 57 – Assicurazione contro gli infortuni derivanti dall’incarico.....	85
CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.....	86
Art. 58 – Campo di applicazione ed attività.....	86
Art. 59 – Assegnazione degli incarichi.....	87
Art. 60 – Massimale orario.....	89
Art. 61 – Compiti del medico di emergenza sanitaria territoriale.....	90
Art. 62 – Idoneità all’esercizio dell’attività di emergenza.....	91
Art. 63 – Sostituzioni, incarichi a tempo determinato e provvisori – Reperibilità.....	92
Art. 64 – Trattamento economico – Riposo annuale.....	94

Art. 65 – Contributi previdenziali e assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico.....	95
CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI.....	97
Art. 66 – Campo di applicazione.....	97
Art. 67 – Medici operanti negli Istituti penitenziari.....	98
Art. 68 – Attribuzione degli incarichi.....	99
Art. 69 – Massimale orario.....	100
Art. 70 – Sostituzioni, incarichi provvisori.....	101
Art. 71 – Trattamento economico.....	102
NORME FINALI.....	103
NORME TRANSITORIE.....	105
DICHIARAZIONI A VERBALE.....	107
ALLEGATI.....	108
Allegato 1 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale.....	108
Allegato 2 – Codice di comportamento dei medici di medicina generale.....	111
Allegato 3 – Sanzioni disciplinari.....	112
Allegato 4 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale.....	115
Allegato 5 – Prestazioni aggiuntive.....	120
Allegato 6 – Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei soggetti non ambulabili.....	122
Allegato 7 – Assistenza Domiciliare Integrata.....	126
Allegato 8 – Linee guida per i corsi di idoneità all’Emergenza Sanitaria Territoriale.....	130
Allegato 9 – Modalità di calcolo della trattenuta media valida ai fini della rappresentatività sindacale.....	132
Allegato 10 – Medicina di iniziativa.....	133

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale (in seguito organizzazioni sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. ~~Il presente rinnovo contrattuale scaturisce dalla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la Legge 8 novembre 2012, n. 189. Di particolare rilievo ai presenti fini risultano le disposizioni contenute nell'articolo 1 con riferimento ai compiti assegnati alle Regioni (istituzione AFT e UCCP, adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo regionale e nazionale).~~
3. Le Regioni rispettano le clausole del presente Accordo applicandone i principi negli Accordi decentrati al fine del miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'uniforme applicazione sull'intero territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con i medici convenzionati.
4. ~~Nell'ottica di condividere il percorso sistematico delle innovazioni normative apportate dal Legislatore, il presente Accordo si adegua e raccorda con le disposizioni introdotte dal D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, che modifica il D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.~~
5. ~~Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale si attiene anche agli indirizzi del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014), con riferimento in particolare all'articolo 25 dove tra l'altro si precisa che la natura del collegamento tra AFT e UCCP dev'essere di tipo funzionale e che la UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto.~~
6. La SISAC, in ottemperanza al combinato disposto dell'articolo 46, comma 1 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme applicazione delle clausole contrattuali.

unitamente alle OO.SS

reinscrivere ex art 6 acn per ssn equo e solidale

ART. 2 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO.


1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni il presente Accordo Collettivo Nazionale regola sotto il profilo economico e giuridico l'esercizio delle attività professionali tra i medici di medicina generale e le Aziende Sanitarie, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività relativi ai settori di:
 - a) cure primarie;
 - b) medicina dei servizi territoriali;
 - c) emergenza sanitaria territoriale;
 - d) assistenza negli istituti penitenziari.
2. A far data dall'entrata in vigore del presente Accordo i settori dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale di cui all'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. confluiscono nel settore cure primarie di cui al comma 1, lettera a).
3. L'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa vigente.
4. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il medico di medicina generale esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale e per il perseguimento delle finalità del SSN.
5. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del SSN, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:
 - a) la definizione dei compiti, delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
 - b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
 - c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
 - d) la definizione della parte variabile del compenso;
 - e) la rappresentatività sindacale, nazionale, regionale ed aziendale;
 - f) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo.

Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali entro il termine di cui al successivo articolo 4, comma 3, **senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica.**
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale.
6. **Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.**
7. Gli Accordi regionali ed aziendali sono trasmessi alla SISAC ed ai rispettivi Comitati regionali entro 30 (trenta) giorni dalla entrata in vigore.

ART. 4 – FLUSSI INFORMATIVI.

1. I medici di medicina generale aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo nazionale, avvalendosi dei sistemi informativi regionali.
2. Il medico assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
 - a) **flusso informativo definito dalla Regione;**
 - b) **sistema informativo nazionale (NSIS);** eventualmente da trattare
 - c) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
 - d) **fascicolo sanitario elettronico (FSE);** da trattare
 - e) certificazione telematica della malattia.  modificare nei suoi aspetti in pejus
3. Il medico assolve, altresì, agli obblighi informativi derivanti da provvedimenti nazionali, regionali e aziendali.
4. L'inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera c), documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del medico in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda Sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico di medicina generale.
5. Le comunicazioni tra Azienda Sanitaria e medici di medicina generale avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

ART. 5 – TAVOLO DI CONSULTAZIONE NAZIONALE.

1. Al fine della valutazione del processo di applicazione del presente ACN e di quanto previsto dagli AAIIRR conseguenti al medesimo, nonché al fine di documentare il grado di convergenza/divergenza verso l'obiettivo della uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza, le Regioni e le Aziende Sanitarie trasmettono alla SISAC il testo degli Accordi decentrati (AIR – Accordo Integrativo Regionale e AAA – Accordo Attuativo Aziendale). La SISAC definisce e raccoglie periodicamente per via informatica ulteriori informazioni utili al monitoraggio.
2. Tali informazioni potranno riguardare i seguenti aspetti:
 - a) assetto organizzativo dei servizi territoriali;
 - b) principali attività degli stessi servizi;
 - c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione.
3. La SISAC si impegna a rendere noti periodicamente i risultati di questa attività di monitoraggio.
4. La SISAC attiva un tavolo di consultazione nazionale con le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, che si riunisce almeno una volta l'anno, al fine di operare un confronto sulle informazioni di cui al comma 2. Dal confronto possono emergere proposte condivise per le quali la SISAC può farsi promotrice presso gli Organi preposti in sede di rinnovo contrattuale.

CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO

ART. 6 – ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE AFT E UCCP. **cassare**

1. I medici di medicina generale operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.
2. Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le nuove forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) osservando i seguenti criteri generali:
 - a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
 - b) istituzione delle UCCP come parti fondamentali ed essenziali del Distretto prioritariamente in zone territoriali ad elevata densità di popolazione, salvaguardando comunque il principio dell'equità di accesso alle cure;
 - c) sostituzione di tutte le forme associative e aggregazioni funzionali e/o strutturali esistenti con le nuove forme organizzative (AFT e UCCP);
 - d) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP anche tramite idonei sistemi informatici.
3. La attuazione di quanto previsto dal precedente comma deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali, volti a sostituire quelli in atto, da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2, termine oltre il quale la Regione, in mancanza di sottoscrizione di un accordo finalizzato ad attuare quanto previsto al comma 2, provvede unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa degli Accordi regionali e a disporre l'accantonamento fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale.

la legge Balduzzi recita: “forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.”

per cui eventualmente si potrebbe dire:

1) Le AFT sono forme organizzative monoprofessionali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, collaborando a livello distrettuale per obiettivi di salute, tramite un referente liberamente scelto dai mmg, remunerato per la funzione di raccordo con 200 euro.

ART. 7 – PARTECIPAZIONE ALLA UCCP.

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.
2. La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.
3. Tutti i medici di cure primarie partecipano obbligatoriamente alle attività della UCCP di riferimento nel rispetto della programmazione regionale.
4. La UCCP realizza i propri compiti attraverso:
 - a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
 - b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
 - c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.
5. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai medici di cure primarie, operanti all'interno della UCCP, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi medici. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera UCCP.

legge Balduzzi:

“forme organizzative multiprofessionali, denominate unita' complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalita' convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalita' ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unita' complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonche' nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.”

L'articolo pertanto puo' essere cosi' modificato:

- 1) Le unita' complesse di cure primarie sono forme organizzative multiprofessionali che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professionalita' convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.**
- 2) A tal fine le Regioni le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative.**
- 3) Le regioni disciplinano le unita' complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di cure primarie territoriali dotate di strumentazione di base, aperte al pubblico per un minimo di nove ore nell'arco della giornata, nonche' nei giorni prefestivi e festivi tramite reti dedicate, Ambulatori di Cure primarie, che operano in coordinamento e in cooperazione applicativa con le strutture sanitarie. Per le funzioni di raccordo col Distretto e' prevista la figura del Coordinatore eletto tra i MMG con remunerazione di 200 euro.**

ART. 8 – IL COORDINATORE DI UCCP.

1. Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra i medici di cure primarie di cui al presente Accordo operanti nell'ambito della stessa, la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:
QUALORA???
 - il coordinatore deve essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per almeno tre anni;
 - l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
 - il candidato deve aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, **includere precedenti attività di responsabilità aziendale. notasi "aziendale"**
2. Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:
 - a) collaborazione con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;
 - b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
 - c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
 - d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, **alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.**
3. Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore", il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 43, comma 2, lettera B, punto II.
4. **Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, nomina il coordinatore di UCCP, ne valuta annualmente i risultati e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.**

e' evidente la volontà pubblica di incardinamento di una figura autonoma in un ruolo di dipendente

ART. 9 – COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, titolari di un numero di deleghe non inferiore al 5% a livello regionale, purché dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da un componente e da un sostituto per ciascuna organizzazione sindacale in possesso dei requisiti di cui al comma precedente e da un ugual numero di componenti e sostituti designati dalla Regione. Il provvedimento di istituzione del Comitato dovrà riportare i nominativi dei componenti e dei sostituti. **sostituire come sotto**
3. L'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
4. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del Comitato.
5. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione.
6. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
7. Le organizzazioni sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per scritto richiesta di convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione.
8. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle organizzazioni sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle organizzazioni sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
10. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
 - a) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale;
 - b) fornire indirizzi alle Aziende ed ai Comitati Aziendali per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;
 - c) effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali.
 - d) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;
 - e) avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la medicina generale.
11. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale.

Ogni delegazione di parte sindacale è composta da un responsabile (rappresentante legale dell'organizzazione o suo delegato) per ciascuna OO.SS. firmataria dell'ACN e da un numero di eventuali componenti aggiunti.

I componenti aggiunti della delegazione sono determinati in proporzione al numero di deleghe assegnate secondo la disciplina contrattuale ed in rapporto di 1 componente ogni ulteriore 20% di livello di rappresentatività sindacale regionale, attribuibile alla sigla di appartenenza oltre il livello di rappresentatività regionale del 5%.

1. In ciascuna Azienda è costituito un Comitato composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, titolari di un numero di deleghe non inferiore al 5% a livello aziendale, purché dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da un componente e da un sostituto per ciascuna organizzazione sindacale in possesso dei requisiti di cui al comma precedente e da un ugual numero di componenti e sostituti designati dalla Azienda. Il provvedimento di istituzione del Comitato dovrà riportare i nominativi dei componenti e dei sostituti.
3. Il Direttore Generale dell'Azienda o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
4. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del Comitato.
5. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione.
6. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
7. Le organizzazioni sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per scritto richiesta di convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione.
8. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle organizzazioni sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle organizzazioni sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
10. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
 - a) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale;
 - b) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
 - c) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP.
11. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento dell'attività del Comitato.

ART. 11 – PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE.

1. Entro tre mesi dalla stipula dell'AIR coerente con la programmazione regionale, ogni Azienda adotta il programma pluriennale delle attività della medicina generale, quale strumento propedeutico alla definizione degli Accordi Attuativi Aziendali.
2. Il programma deve contenere:
 - a) le condizioni di salute della popolazione assistita dall'Azienda, descritte attraverso specifici indicatori di incidenza, prevalenza e gravità delle principali condizioni di rischio, di malattia e di non autosufficienza che rientrano nell'ambito delle competenze della medicina generale;
 - b) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle malattie croniche, espressi con indicatori di processo e di esito, anche in considerazione di quanto previsto all'Allegato 10;
 - c) le attività e le prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera b);
 - d) la individuazione dei servizi e della organizzazione aziendale necessaria per garantire l'erogazione delle prestazioni di cui alla precedente lettera c), in coerenza con il piano attuativo locale di cui all'articolo 2 del D.lgs. 502/92.
3. Il programma pluriennale può essere aggiornato in ragione dei risultati raggiunti.

CAPO III – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

ART. 12 – RAPPRESENTANZA SINDACALE.

1. Entro un anno dall'entrata in vigore del presente Accordo, ciascuna organizzazione sindacale deve essere effettiva titolare delle deleghe espresse dai medici di medicina generale e diretta destinataria delle relative quote associative. Ai fini dell'accertamento della rappresentatività le organizzazioni sindacali che abbiano dato vita, mediante fusione, affiliazione, o in altra forma, ad una nuova aggregazione associativa possono imputare al nuovo soggetto sindacale, per successione a titolo universale, le deleghe delle quali risultino titolari, purché il nuovo soggetto succeda effettivamente nella titolarità delle deleghe che ad esso vengono imputate o che le deleghe siano, comunque, confermate espressamente dagli iscritti a favore del nuovo soggetto.
2. Entro lo stesso termine di cui al comma 1 il rappresentante legale provvede al deposito presso la SISAC dell'atto costitutivo e dello statuto della propria organizzazione sindacale, da cui risulti la titolarità in proprio delle deleghe di cui al comma 1. Ogni successiva variazione deve essere comunicata alla SISAC entro tre mesi.
3. Alla prima rilevazione utile, decorso il termine di cui al comma 1, ciascuna organizzazione sindacale sarà misurata sulla base delle deleghe di cui è direttamente titolare ed intestataria.
4. I dirigenti sindacali rappresentano esclusivamente un'unica organizzazione sindacale.

ART. 13 – RAPPRESENTATIVITÀ.

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende dai medici convenzionati titolari di incarico a tempo indeterminato, determinato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta delle quote sindacali, in ottemperanza all'articolo 8, comma 1 del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell'articolo 43 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.
2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le organizzazioni sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Le organizzazioni sindacali, firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.
5. I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti, la composizione delle quali è definita, rispettivamente, dalla Regione e dalle Aziende prima dell'avvio della negoziazione. L'Accordo Collettivo Nazionale e gli Accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da organizzazioni sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno degli iscritti.
6. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC, che certifica la consistenza associativa. Entro il mese di febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC e all'Assessorato regionale alla Sanità la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno.
7. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente. Per le trattative disciplinate dall'articolo 8 del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse.
8. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe rilasciate dai medici di medicina generale di importo superiore alla metà del valore medio delle trattenute richieste da tutte le organizzazioni sindacali rappresentative nel corso del precedente anno solare. Il calcolo è operato dalla SISAC secondo quanto previsto dall'Allegato 9 – Modalità di calcolo della trattenuta media valida ai fini della rappresentatività sindacale. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.

aggiungere: A tutte le organizzazioni sindacali vengono garantite adeguate forme di informazione e di accesso ai dati ed ex art comma 4 e 22 comma 8 ACN 2010

ART. 14 – TUTELA SINDACALE.

1. Per lo svolgimento durante l'attività di servizio dell'attività sindacale, debitamente comunicata da parte dei rappresentanti nazionali, regionali ed aziendali, a ciascun sindacato maggiormente rappresentativo e firmatario del presente Accordo viene riconosciuta la disponibilità di 3 (tre) ore annue per ogni iscritto rilevato al 1° gennaio dell'anno precedente, sulla base della rilevazione di cui all'articolo 13, comma 6.
2. La segreteria nazionale del sindacato comunica alla SISAC, entro e non oltre il 31 ottobre di ciascun anno, i nominativi dei propri rappresentanti, l'Azienda di appartenenza e le ore assegnate nei limiti di cui al comma precedente.
3. Entro il 31 dicembre, la SISAC trasmette alle Regioni le comunicazioni di competenza. Ogni eventuale variazione in corso d'anno deve essere tempestivamente comunicata alla SISAC da parte del sindacato interessato.
4. Non può darsi seguito ad alcuna assegnazione di ore in assenza di riscontro ufficiale della SISAC alla Regione di appartenenza del rappresentante sindacale.
5. Per tale attività l'Azienda riconosce al medico a ciclo di scelta, oltre all'ordinario trattamento economico, il diritto alla sostituzione nei limiti delle ore di disponibilità assegnate da ciascun sindacato maggiormente rappresentativo. Le ore di sostituzione non possono eccedere le ore di attività del medico e sono computate in misura pari a 41 (quarantuno) assistiti/ora.
6. I rappresentanti sindacali comunicano mensilmente alla propria Azienda il nominativo del sostituto e il numero delle ore di sostituzione effettuate giorno per giorno nel mese precedente. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto, sulla base del compenso orario di cui all'articolo 43, comma 3, lettera A. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 32 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.
7. Nel caso di medico a rapporto orario l'Azienda provvede al riconoscimento delle ore di disponibilità sindacale nel limite delle ore di incarico settimanale. Le assenze dal servizio per attività sindacale sono comunicate almeno 20 (venti) giorni prima dall'interessato all'Azienda presso cui opera, salvo motivate e documentate urgenze.
8. Con le risorse messe a disposizione dall'ACN 8 luglio 2010, come richiamato all'articolo 43, comma 2, lettera B, punto II, vengono garantite le ore di sostituzione di cui al comma 5. Le risorse economiche non utilizzate restano nella disponibilità del fondo di cui al predetto articolo. Le ore non utilizzate nell'anno in corso non integrano il monte ore dell'anno successivo.

38
settimane

cassare assolutamente il riferimento al costo del contributo per i diritti sindacali che allo stato attuale non è ricompresa nel finanziamento dell'ACN ma è una voce "a latere" della spesa sanitaria mentre nella proposta lo si vuole mettere nei conti dell'ACN. vedasi rimando art 43

**inserire: gruppi di lavoro o altro a qualsiasi
titolo convocati da Regioni e ASL**

ART. 15 – PARTECIPAZIONE DI RAPPRESENTANTI SINDACALI A COMITATI E COMMISSIONI.

1. Ai medici **a ciclo di scelta** che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali, è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. La partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio. Ai medici sono altresì rimborsate le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.
2. Le attività di cui al comma precedente devono essere debitamente comprovate da attestazioni ufficiali.
3. Le assenze dal servizio per le attività di cui al comma 1 sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera.

BOZZA

CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ART. 16 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico e al rispetto dei tempi.
2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 17, comma 1, lettere g) e k) e devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:
 - a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
 - b) iscrizione all'Albo professionale;
 - c) attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni.
3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i medici devono presentare o inviare con raccomandata A/R o secondo modalità definite a livello regionale, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
4. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni al precedente punteggio.
5. L'amministrazione regionale o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'Allegato 1, predispone una graduatoria valevole per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.
6. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale e sul sito istituzionale della Regione. Entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 31 dicembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale.

La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre.
7. Le Aziende, entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione della graduatoria di cui al comma 5, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie

aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
 - b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
 - c) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 - d) per il solo affidamento di sostituzione, medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448;
 - e) per il solo affidamento di sostituzione, medici iscritti ai corsi di specializzazione, ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448.
8. I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.
 9. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.

ART. 17 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6, comma 3 dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo il medico che:
 - a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto nella norma finale n. 1 e norme transitorie n. 1 e n. 2. **limitiamo al SSN e lasciamo qualche possibilita'**
 - b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
 - c) eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
 - d) svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN;
 - e) svolga attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta;
 - f) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali;
 - g) fruisca del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
 - h) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN. È consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;
 - i) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
 - j) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;
 - k) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente.
2. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 34 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire nuove scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi.

3. L'incarico di medico di cure primarie è incompatibile con qualsiasi altro rapporto convenzionale ai sensi del presente Accordo. L'incarico per l'emergenza sanitaria territoriale è incompatibile con tutti gli altri rapporti convenzionali di cui al presente Accordo.
4. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del medico incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 16, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
5. Con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità, il medico deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale.
6. La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente Accordo comporta la decadenza dell'incarico convenzionale, come previsto dall'articolo 20, comma 3.

ART. 18 – SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI E DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALI.

1. Il medico è sospeso dagli incarichi della medicina generale nei seguenti casi:
 - a) esecuzione dei provvedimenti di cui all'articolo 21;
 - b) sospensione dall'Albo professionale;
 - c) servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125;
 - d) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall'autorità giudiziaria.
2. Il medico è sospeso dalle attività di medicina generale nei seguenti casi:
 - a) in caso di malattia o infortunio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque; per la durata complessiva della inabilità temporanea assoluta, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale. Tali condizioni devono essere attestate da specifica certificazione secondo le vigenti disposizioni di legge;
 - b) per documentati motivi assistenziali nei riguardi di familiare convivente con gravi motivi di salute, fino ad un massimo di 30 giorni nell'anno;
 - c) incarichi organizzativi o di dirigenza che prevedano assunzione di responsabilità ed autonomia gestionale ed organizzativa presso il SSN o altre pubbliche amministrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale;
 - d) partecipazione, preventivamente autorizzata dall'Azienda, ad iniziative istituzionali a carattere umanitario e di solidarietà sociale;
 - e) partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 22 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
3. Il medico di medicina generale ha diritto di usufruire di sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a 18 (diciotto) mesi nell'arco di 5 (cinque) anni nei seguenti casi:
 - a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
 - b) adozione o affidamento di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o affidamento;
 - c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
 - d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di indennità di accompagnamento.

Su richiesta del medico che si trovi nella condizione di cui alla lettera a) del presente comma, l'Azienda provvede ad articolare l'attività in orario diurno.
4. Il medico con assistiti in carico comunica all'Azienda, relativamente a quanto previsto al comma precedente, le modalità e la percentuale di sostituzione.

5. Il medico di medicina generale in stato di gravidanza sospende l'attività convenzionale per tutto il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti con sostituzione a proprio carico per l'attività a ciclo di scelta.
6. Il medico può richiedere la sospensione dall'attività convenzionale per ristoro psico-fisico per un periodo non superiore a trenta giorni lavorativi nell'arco di un anno con sostituzione a proprio carico per l'attività a ciclo di scelta.
7. La sospensione dall'attività di medicina generale di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 non comporta soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.
8. I periodi di sospensione dall'incarico convenzionale, di cui al comma 1, non sono considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non comportano la erogazione del trattamento economico e previdenziale a carico del S.S.N. per l'intero periodo. In caso di provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dalla autorità giudiziaria (comma 1, lettera d), seguiti da sentenza definitiva di assoluzione o proscioglimento con formula piena, l'Azienda corrisponde al medico di cure primarie a ciclo di scelta l'intero trattamento economico spettante, al netto di quanto già corrisposto al sostituto.
9. Nei casi previsti dal presente articolo il medico è sostituito secondo le modalità stabilite dall'articolo 32 del presente ACN.
10. Il provvedimento di sospensione dall'incarico convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda Sanitaria.
11. Ad eccezione di quanto previsto al comma 2, lettere a) e b), la sospensione dall'attività convenzionale deve essere comunicata da parte del medico all'Azienda con un preavviso minimo di 15 giorni.
12. Le autorizzazioni di cui al comma 2, lettere c) e d), sono richieste dal medico 30 giorni prima dell'evento e la risposta della ASL viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

ART. 19 – ASSENZE PER INCARICHI ISTITUZIONALI.

1. I medici eletti al Parlamento o ai Consigli regionali, ovvero coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle giunte regionali sospendono l'attività convenzionale; in tal caso, i medici **a ciclo di scelta** si avvalgono, con oneri a proprio carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici retribuiti con compenso orario onnicomprensivo non inferiore a quanto previsto dall'articolo 43, comma 3, lettera A.
2. I medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle giunte degli altri Enti locali, sono autorizzati a sospendere l'attività convenzionale; in tal caso, i medici **a ciclo di scelta** possono avvalersi, con oneri a proprio carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici retribuiti con compenso orario onnicomprensivo non inferiore a quanto previsto dall'articolo 43, comma 3, lettera A.
3. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del titolare.
4. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 32 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

ART. 20 – CESSAZIONE, REVOCA E DECADENZA DELL'INCARICO CONVENZIONALE.

1. L'incarico cessa per i seguenti motivi:
 - a) recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno 30 giorni di preavviso in caso di trasferimento e di 60 giorni negli altri casi. Su specifica richiesta dell'interessato l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti;
 - b) compimento del 70° anno di età. **valutare proroga volontaria di due anni**
2. L'incarico è revocato in caso di provvedimento ai sensi dell'articolo 21 del presente Accordo.
3. L'incarico decade per le seguenti motivazioni:
 - a) per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale;
 - b) omessa o non veritiera dichiarazione, relativamente a fatti, stati e posizione giuridica, che abbia determinato l'indebito conferimento dell'incarico convenzionale;
 - c) sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'articolo 31;
 - d) incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della Legge 15 ottobre 1990, n. 295, su disposizione dell'Azienda;
 - e) insorgenza fraudolentemente non dichiarata di causa di incompatibilità di cui all'articolo 17 del presente Accordo;
 - f) mancato raggiungimento di un numero minimo di assistiti pari a 400 dopo due anni di iscrizione nel medesimo elenco, per il medico che svolge esclusivamente attività a ciclo di scelta e non ha accettato proposte di attività oraria da parte della Azienda;
 - g) l'aver compiuto il periodo massimo di sospensione dall'attività previsto dall'articolo 18, comma 2, lettera a).
4. Il provvedimento relativo alla risoluzione del rapporto convenzionale è adottato dal Direttore Generale della Azienda.

200

ART. 21 – PROCEDIMENTO DISCIPLINARE.

1. In considerazione della specificità professionale e delle particolari responsabilità che caratterizzano la figura del medico di medicina generale convenzionato, sono stabilite specifiche fattispecie di responsabilità disciplinari, nonché il relativo sistema sanzionatorio con la garanzia di adeguate tutele del medico medesimo, in analogia ai principi stabiliti dal D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 come modificato dal D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.
2. I criteri per l'individuazione delle violazioni sono i seguenti: violazione di obblighi e compiti previsti dagli Accordi (Nazionale, Regionale ed Aziendale), mancata collaborazione con le strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato negli Accordi, mancato rispetto delle norme previste dall'Allegato 2 – Codice di comportamento del medico di medicina generale.
3. Le violazioni di cui al comma precedente, secondo la gravità dell'infrazione, previo procedimento disciplinare, danno luogo all'applicazione delle seguenti tipologie di sanzioni:
in successione
 - a) rimprovero scritto;
 - b) sanzione pecuniaria, di importo non inferiore al 10% e non superiore al 20% della retribuzione corrisposta nel mese precedente, per la durata massima di cinque mesi;
 - c) sospensione dall'incarico e dal trattamento economico per una durata non inferiore a un mese e non superiore a sei;
 - d) revoca dell'incarico con preavviso;
 - e) revoca dell'incarico senza preavviso.
4. Le infrazioni e le relative sanzioni sono individuate nell'Allegato 3 – Sanzioni disciplinari. La sanzione deve basarsi su elementi certi ed obiettivi, evidenziati nella procedura di cui ai commi successivi. La sanzione è comunicata tempestivamente al medico al fine di garantire la certezza delle situazioni giuridiche. Non può essere applicata una sanzione diversa da quella prevista dal presente Accordo.
5. I soggetti competenti per i procedimenti disciplinari dei medici di medicina generale sono così individuati:
 - a) il Direttore del Distretto, per le infrazioni di minore gravità, a carattere occasionale, per le quali è prevista la sanzione del rimprovero scritto;
 - b) l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD) istituito presso ciascuna Azienda, secondo quanto previsto dall'articolo 55-bis, comma 4 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., per le violazioni punibili con le sanzioni di maggior gravità di cui al precedente comma 3, lettere b), c), d), ed e). In caso di procedimento disciplinare riguardante il medico di medicina generale un componente dell'UPD è sostituito da un componente in rapporto di convenzionamento col SSN.
6. Nell'ambito del procedimento disciplinare, la contestazione dell'addebito deve essere specifica e tempestiva e riportare l'esposizione chiara e puntuale dei fatti, nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

Nel corso dell'istruttoria, il Direttore del Distretto o l'UPD possono acquisire ulteriori informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. La predetta attività

istruttoria non determina la sospensione del procedimento, né il differimento dei relativi termini.

Le comunicazioni al medico e l'accesso agli atti del procedimento avvengono come di seguito indicato:

- a) ogni comunicazione al medico, nell'ambito del procedimento disciplinare, è effettuata tramite posta elettronica certificata, ovvero con lettera raccomandata A/R;
 - b) il medico ha diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento.
7. Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari, decorsi due anni dalla loro applicazione. **chiarire meglio**
8. In caso di più violazioni compiute con un'unica azione o omissione si applica la sanzione più grave.
9. I modi e i tempi per l'avvio del procedimento e l'applicazione delle sanzioni sono i seguenti:
- a) procedimento per il Direttore del Distretto:
 - I. nel caso in cui il Direttore di Distretto ritenga che la sanzione da applicare sia più grave di quella del rimprovero scritto, entro 5 giorni dalla notizia del fatto trasmette gli atti all'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD) dandone contestuale comunicazione all'interessato;
 - II. il Direttore del Distretto entro 20 (venti) giorni dal momento in cui viene a conoscenza di comportamenti punibili con la sanzione di minor gravità, contesta per iscritto l'addebito al medico e lo convoca, con un preavviso di almeno 10 (dieci) giorni, per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero di un rappresentante dell'organizzazione sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;
 - III. entro il termine fissato, il medico convocato, se non intende presentarsi, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave ed oggettivo impedimento, formulare motivata istanza di rinvio del termine per l'esercizio della propria difesa;
 - IV. in caso di differimento superiore a 10 (dieci) giorni dalla scadenza del preavviso, per impedimento del medico, il termine per la conclusione del procedimento è prorogato in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una volta sola nel corso del procedimento;
 - V. il Direttore del Distretto conclude il procedimento, con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, entro 60 (sessanta) giorni dalla contestazione dell'addebito;
 - VI. la sanzione disciplinare deve essere adeguatamente motivata e notificata per iscritto all'interessato;
 - b) composizione, competenze, forme e termini dei procedimenti assegnati all'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD) sono disciplinati dal D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. e dai regolamenti assunti da ciascuna Azienda. Anche nei procedimenti di competenza dell'UPD il medico può farsi assistere da un procuratore ovvero da un rappresentante dell'organizzazione sindacale cui il medico aderisce o conferisce mandato.

In tali casi il soggetto competente ad assumere le determinazioni conclusive del procedimento disciplinare è il Direttore Generale o suo delegato.

10. La violazione dei termini stabiliti nel presente articolo comporta, nel caso in cui la responsabilità sia dell'Azienda, la decadenza dall'azione disciplinare e, nel caso in cui la responsabilità sia del medico, la decadenza dall'esercizio del diritto di difesa.
11. Per quanto non espressamente previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni di cui alla L. 27 marzo 2001, n. 97 ed al D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

BOLLA

ART. 22 – FORMAZIONE CONTINUA (ECM).

1. La formazione professionale continua è obbligatoria per il medico di medicina generale e riguarda la crescita culturale e professionale dello stesso, le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza, le competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.
3. Le Regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici di medicina generale che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo per garantirne coerenza ed efficienza. A tal fine le Regioni possono altresì dotarsi di appositi Centri di Riferimento Regionali, con l'obiettivo di:
 - a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
 - b) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in medicina generale;
 - c) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai medici di medicina generale.
4. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per la qualificazione professionale del medico di medicina generale ai sensi del presente Accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il medico è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 2 del presente articolo.
5. I corsi regionali ed aziendali, le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione e formazione a distanza, danno luogo a crediti formativi, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e agli indirizzi della Commissione Nazionale per la Formazione Continua.
6. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale; orientativamente, i temi della formazione obbligatoria sono individuati in modo da rispondere ad obiettivi regionali, aziendali e di integrazione tra ospedale e territorio.
7. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 6, le Regioni e le Aziende garantiscono la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli Accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.
8. I corsi obbligatori si svolgono il sabato mattina per almeno 40 ore annue, secondo le modalità definite dagli Accordi regionali; **la partecipazione a tali corsi rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del medico a carico dell'Azienda.**

9. Il medico che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure disciplinari di cui all'articolo 21 per l'eventuale adozione della sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.
10. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Regione o dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento; in ogni caso la partecipazione a tali corsi non può comportare oneri a carico dell'Azienda.
11. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
12. Le Aziende, nella definizione dei programmi formativi e nell'ambito dei corsi di cui al comma 8, organizzano per i medici di assistenza penitenziaria di cui al Titolo II, Capo IV del presente Accordo corsi per il conseguimento degli attestati BLS e ACLS.

ART. 23 – ATTIVITÀ DIDATTICA.

1. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono:
 - a) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, per la realizzazione della formazione continua di cui al precedente articolo, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica;
 - b) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a);
 - c) il fabbisogno regionale di docenti di medicina generale per i corsi di formazione continua di cui all'articolo precedente, nonché i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco sulla base del loro curriculum formativo.
2. Le attività didattiche indicate al comma precedente non possono determinare ulteriori oneri a carico della finanza pubblica e non comportano riduzione del massimale individuale.

ART. 24 – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il medico di medicina generale, al di fuori degli obblighi e delle funzioni previste dal presente Accordo, può svolgere attività libero professionale dando comunicazione all'Azienda sulla tipologia e le caratteristiche della stessa e purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
2. Il medico di medicina generale ad incarico orario può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio.
3. Il medico di cure primarie a ciclo di scelta può svolgere attività libero-professionale:
 - a) a carattere occasionale, su richiesta del cittadino, al di fuori degli orari di attività convenzionale. Lo svolgimento di tale attività non comporta riduzione del massimale di scelte;
 - b) strutturata, se espletata in forma organizzata e continuativa, con impegno settimanale definito, al di fuori degli orari di attività convenzionale. L'esercizio di tale attività, se eccede le 5 ore settimanali, determina la riduzione del massimale nella misura indicata all'articolo 34, comma 7 e comunque non inferiore al rapporto ottimale di cui all'articolo 28. Lo svolgimento di detta attività è subordinato all'espletamento dell'attività istituzionale all'interno della AFT.
4. Il medico di cure primarie con attività di 24 ore settimanali che svolga concomitante attività a ciclo di scelta fino alla concorrenza di 350 assistiti può svolgere attività libero-professionale strutturata fino ad un massimo di 3 ore settimanali eccedenti le 5 di cui al precedente comma 3, comma b).
5. Il medico a ciclo di scelta non può svolgere attività libero-professionale in favore dei propri assistiti.
6. Il medico a ciclo di scelta che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da Accordi regionali o aziendali non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti.

TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

CAPO I – CURE PRIMARIE

ART. 25 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AFT.

cassare tutto

1. Le AFT, di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.
2. La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, ed è costituita da medici di cure primarie operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.
3. I medici di cure primarie assicurano la diffusione capillare dei propri presidi nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.
4. La AFT è priva di personalità giuridica. I medici partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizio; in ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie.
5. I compiti essenziali della AFT sono:
 - a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), inclusa l'assistenza ai turisti;
 - b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente, anche in collegamento con la rete del Numero Unico Europeo 116117;
 - c) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
 - d) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
 - e) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
 - f) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della *evidence based medicine*, nell'ottica più ampia della *clinical governance*;
 - g) promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di *peer review*;
 - h) promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;

- i) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza.
6. La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, in particolare attraverso:
- a) il concorso alla realizzazione degli obiettivi del Distretto di riferimento;
 - b) il processo di valutazione congiunta con il Distretto dei risultati ottenuti e la socializzazione dei medesimi anche attraverso audit clinici ed organizzativi;
 - c) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
 - d) il pieno raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il *team* multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.
7. I medici di cure primarie, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, ed in particolare operano per:
- a) realizzare l'integrazione con il *team* multiprofessionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
 - b) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
 - c) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
 - d) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza e i servizi socio-sanitari.
8. I medici di cure primarie sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le cartelle cliniche degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati:
- a) l'accesso, ad ogni medico della AFT, alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure;
 - b) la valutazione, ad ogni medico, del proprio operato ed il confronto con gli altri medici delle *performance* individuali in un'ottica di *peer review*;
 - c) al referente di AFT l'estrazione di dati di attività, in forma aggregata ed anonima, per la valutazione complessiva e la programmazione dei percorsi assistenziali da garantire alla popolazione di riferimento dell'AFT.
9. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione dei medici delle AFT con il personale operante nelle UCCP. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce la base per

l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

10. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sulla base della programmazione regionale.

**guardare a modelli organizzativi di
prossimita' laddove possibili, fatte
salve le fattispecie orogeografiche
e salvaguardando le possibilita' di
accesso dei pazienti**

BOLZA

1. I medici componenti la AFT individuano al loro interno un referente ed il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere.
2. Il referente assicura il coordinamento organizzativo e promuove l'integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché l'integrazione tra questi, i medici ed altro personale dell'Azienda, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali. Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
3. Il referente è inoltre responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la UCCP.
4. Il referente è altresì responsabile del coordinamento dell'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.
5. Il referente promuove e facilita l'adozione, da parte di tutti i medici della AFT, di comportamenti orientati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.
6. Il referente garantisce la coerenza tra i programmi della AFT e gli obiettivi del Distretto di riferimento ed annualmente predisponde la relazione dell'attività della AFT sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di salute assegnati.
7. Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere segnalazioni di disservizio relative ai medici della AFT.
8. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 43, comma 2, lettera B, punto II.
9. Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione al conseguimento dei risultati di cui all'articolo 25, comma 9 del presente Accordo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi del precedente comma 1.
10. L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 25, comma 10 del presente Accordo.

ART. 27 – RUOLO UNICO DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE. da RIFORMULARE

1. Dall'entrata in vigore del presente Accordo è istituito il ruolo unico di cure primarie, ai sensi del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189. I medici del ruolo unico svolgono attività professionale a ciclo di scelta e su base oraria, operando nelle AFT e nelle UCCP come disciplinato dal presente Accordo.
2. Dall'entrata in vigore del presente Accordo i medici già titolari di incarico di:
 - a) Assistenza Primaria;
 - b) Continuità Assistenziale;confluiscono nel ruolo unico di cure primarie di cui al comma precedente.
3. Il rapporto di lavoro di medico di cure primarie è unico a tutti gli effetti.
4. Ai medici di cure primarie già operanti a rapporto orario all'atto della istituzione delle AFT è consentita l'iscrizione negli elenchi di scelta in presenza di un fabbisogno individuato dall'Azienda ai sensi dell'articolo 28, comma 7.
5. All'entrata in vigore del presente Accordo i medici già titolari di concomitanti incarichi di cui al comma 2, lettere a) e b) confluiscono nel ruolo unico dell'Azienda dove svolgono attività a ciclo di scelta. Per favorire lo svolgimento dell'attività convenzionale in un'unica Azienda si applicano le disposizioni di cui all'articolo 28, comma 7. Resta in capo alle singole Aziende la gestione dei distinti incarichi convenzionali.

ART. 28 – RAPPORTO OTTIMALE E REGOLAZIONE DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE.

1. Il rapporto ottimale dei medici di cure primarie, emergente dalla combinazione dei rapporti ottimali definiti ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per l'attività a ciclo di scelta (1:1.000) ed oraria (1:5.000) esprime una proporzione in misura di 5 a 1.
2. Gli Accordi Integrativi Regionali determinano i valori del rapporto ottimale dei medici di cure primarie a ciclo di scelta, con possibile variazione in aumento del 30%, e a rapporto orario, con possibile variazione in diminuzione o in aumento del 30%. Gli Accordi possono indicare per singoli ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale rapporti ottimali diversi, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale.
3. Nei Comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale, si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel Comune.
4. L'ambito territoriale di iscrizione del medico, ai fini dell'esercizio della scelta da parte del cittadino e della apertura degli studi medici, è costituito, sulla base di determinazioni aziendali, da uno o più Comuni con popolazione di almeno 7.000 abitanti; per particolari situazioni possono essere individuati ambiti territoriali con popolazione minore di 7.000 ma comunque non inferiore a 5.000 unità. Il medico operante in un Comune comprendente più Aziende è iscritto nell'elenco di una sola Azienda. In caso di modifica di ambito territoriale, il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, nel rispetto del diritto di scelta degli assistiti.
5. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale. In tutti i Comuni, Circostrizioni e località con oltre 500 abitanti deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.
6. Il fabbisogno di medici viene regolato nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali sulla base della combinazione di criteri, quali:
 - a) confronto del nuovo rapporto ottimale con il rapporto reale vigente;
 - b) capacità ad acquisire scelte e/o di svolgere attività oraria da parte dei medici di cure primarie facenti parte della stessa AFT.
7. Qualora sia possibile soddisfare il fabbisogno in una AFT avvalendosi di medici già operanti nella Azienda, si provvede sulla base di criteri da definire a livello regionale, tenuto conto del seguente ordine di priorità:
 - A. FABBISOGNO DI ATTIVITÀ A CICLO DI SCELTA
 - I. medici già operanti nella AFT con capienza di scelta nel limite del massimale;
 - II. medici già operanti nella AFT che svolgono attività oraria di cui all'articolo 27, comma 4;
 - III. procedura di mobilità interna all'ambito territoriale di riferimento;
 - IV. procedura di mobilità interna alla Azienda.
 - B. FABBISOGNO DI ATTIVITÀ ORARIA
 - I. medici già operanti nella AFT disponibili all'ampliamento di attività oraria nel limite del massimale orario;

II. medici a ciclo di scelta, nel limite di quanto stabilito all'articolo 34, comma 7, già operanti nella AFT;

III. riconduzione all'unicità del rapporto di lavoro dei medici di cui all'articolo 27, comma 5.

Nell'ambito delle categorie di cui alla lettere A, punti II, III e IV e lettera B i medici disponibili sono graduati nell'ordine della maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato e della minore età.

8. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora permanga un fabbisogno assistenziale, si procede all'inserimento di nuovi medici.

BOLLA

ART. 29 – ASSEGNAZIONE DI NUOVI INCARICHI E INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. L'Azienda, in attuazione di quanto previsto all'articolo 28, comma 8, procede all'assegnazione di nuovi incarichi con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune, nella località o nella sede indicata. In particolare, in caso di fabbisogno di attività oraria, deve essere previsto un incarico di almeno 24 ore settimanali.
2. La disponibilità di nuovi incarichi è resa nota tramite pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Possono concorrere al conferimento di nuovi incarichi i medici di cure primarie già titolari di incarico a tempo indeterminato ed i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, secondo le procedure di cui all'articolo 30.
4. Espletate le procedure di cui all'articolo 30, il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato precisando che il medico dovrà operare nella AFT/UCCP di assegnazione. In caso di disponibilità di più incarichi nel medesimo ambito territoriale, l'Azienda individua l'AFT di assegnazione tenendo conto delle preferenze eventualmente espresse dall'interessato. Il medico, entro il termine di 90 (novanta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, a pena di decadenza, deve:
 - a) aprire nell'ambito territoriale assegnatogli, tenuto conto delle prescrizioni di cui all'articolo 30, comma 3, uno studio professionale secondo i requisiti di cui all'articolo 31 e darne comunicazione alla Azienda;
 - b) trasferire la residenza o eleggere il domicilio nella zona assegnatogli, se risiede in altro Comune;
 - c) comunicare l'Ordine professionale provinciale di iscrizione.
5. L'Azienda, avuto riguardo a difficoltà connesse all'apertura dello studio, può consentire proroghe al termine di cui al comma 4 entro il limite massimo di ulteriori 60 (sessanta) giorni.
6. Il medico comunica l'avvenuta apertura dello studio entro il termine di cui al comma 4, fatto salvo quanto previsto al comma 5. Entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione l'Azienda procede alla verifica dell'idoneità dello studio in rapporto ai requisiti di cui all'articolo 31 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se necessario, un termine non superiore a 30 (trenta) giorni per eseguire gli adeguamenti prescritti. Trascorso tale termine inutilmente il medico decade dal diritto all'incarico.
7. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine dei 15 (quindici) giorni di cui al comma precedente, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà della Azienda di verificare in qualsiasi momento l'idoneità dello studio.
8. Al medico, al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è fatto divieto di esercitare attività convenzionali ai sensi del presente Accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto. Per il valore di

diffusione capillare e per il miglioramento della qualità dell'assistenza, può essere autorizzata l'apertura di più studi secondo le procedure previste dal precedente comma 6. **gestiti in autonomia**

9. L'Azienda, per esigenze assistenziali in particolari località e per favorire l'inserimento di medici in zone disagiate, può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, sono definite a livello aziendale.
10. Il medico che instaura un rapporto convenzionale a seguito delle procedure del presente articolo può svolgere attività convenzionale in una sola Azienda.

BOLLA

ART. 30 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI.

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di medico di cure primarie individuati dalle Aziende secondo quanto previsto dall'articolo 28, comma 8, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso.
2. In sede di pubblicazione degli incarichi, fermo restando l'ambito di iscrizione negli elenchi di scelta del medico, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.
3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l'Azienda, nel pubblicare gli incarichi, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.
4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:
 - a) per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di cure primarie da almeno 2 anni nella Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in altra Regione da almeno 4 anni. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria e/o di continuità assistenziale ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico;
 - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.
6. I medici già titolari d'incarico di cure primarie a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.
7. I medici di cui al comma 5, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di cure primarie ed all'anzianità nei settori confluiti nel ruolo unico (assistenza primaria, continuità assistenziale), detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico. In caso di servizi contemporanei se ne valuta uno solo.
8. I medici di cui al comma 5, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
 - a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 16;
 - b) punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
 - c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

9. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 5, lettera a) e b) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.
10. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità e dei punteggi relativi, con l'indicazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.
11. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i medici di cui al comma 5, lettera a) e, successivamente, i medici di cui al comma 5, lettera b) sulla base delle percentuali di riserva di cui ai successivi commi.
12. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:
 - a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale; **90 e 10**
 - b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.
13. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.
14. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 12, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 13, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.
15. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 12 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.
16. La Regione, o il soggetto individuato, provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici per una data non antecedente i 15 (quindici) giorni dalla data di invio della convocazione.
17. Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.
18. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.
19. Il medico che accetta per trasferimento ai sensi del precedente comma 17 decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 20, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
20. Il medico che accetta l'incarico ai sensi del comma 5, lettera b) non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi di cure primarie in base alla medesima graduatoria.
21. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono essere risolte secondo quanto previsto dall'articolo 17, comma 4.

22. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 19.

BOZZA

1. Lo studio del medico di cure primarie, studio professionale privato, è presidio del Servizio Sanitario Nazionale che concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo Servizio.
2. Lo studio deve essere dotato degli spazi, degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio dell'attività convenzionale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di telefono con segreteria telefonica, di strumenti informatici idonei per assolvere ai compiti di cui all'articolo 4, di frigorifero.
3. Detti ambienti sono adibiti esclusivamente ad uso di studio medico di cure primarie. Se lo studio è inserito in un appartamento di civile abitazione, i locali e l'ingresso devono essere specificamente dedicati.
4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche oppure attività sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture. Nello studio del medico può essere svolta esclusivamente attività istituzionale ai sensi del presente Accordo e la libera professione ai sensi dell'articolo 24.
5. L'orario giornaliero di apertura dello studio è concordato dal medico con il referente di AFT al fine di garantire la continuità dell'assistenza dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria 8,00-20,00, con alternanza di apertura al mattino e al pomeriggio, con orario settimanale non inferiore a:
 - 5 ore fino a 500 assistiti;
 - 10 ore da 501 a 1.000 assistiti;
 - 15 ore da 1.001 a 1.575 assistiti.

Fermo restando il debito orario minimo, il medico è tenuto a garantire le ore definite dal referente di AFT per il completamento dell'orario di apertura degli studi necessario a garantire la continuità dell'assistenza.

solo se ci sono le risorse

6. L'articolazione oraria degli studi dei medici della AFT deve garantire ai cittadini un riferimento preciso cui rivolgersi quando lo studio del proprio medico è chiuso.
7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, sono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

o con altra decisione autonoma
8. Le modalità di contattabilità del medico di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.
9. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionale in più studi, l'orario complessivo di cui al comma 5 può essere frazionato tra tutti gli studi con prevalente apertura in quello principale, in accordo con la programmazione dell'apertura degli studi all'interno della AFT.
10. I medici devono comunicare all'Azienda e agli assistiti le modalità di organizzazione, l'articolazione oraria di apertura degli studi e i recapiti telefonici di riferimento al fine di garantire una costante informazione.

solo se ci sono le risorse

1. Il medico di cure primarie titolare di scelte ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza, di comunicare all'Azienda la durata e le motivazioni, nonché il nominativo del sostituto. Il medico deve inoltre informare i propri assistiti sulla durata e le modalità della sostituzione, dandone comunicazione anche al referente di AFT o al coordinatore di UCCP.
2. La sostituzione di medici ad attività oraria, o di medici a ciclo di scelta che non abbiano potuto provvedere ai sensi del comma 1, è effettuata da medici operanti nella medesima AFT, secondo modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente di AFT.
3. Qualora non vi siano le condizioni per effettuare la sostituzione secondo quanto previsto ai precedenti commi, l'Azienda provvede sulla base della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 16, comma 7, con priorità per i residenti nell'ambito di iscrizione o di attività del medico sostituito.
4. Il sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'accettazione della sostituzione, le responsabilità professionali e gli obblighi del titolare, sia per l'attività prestata nei confronti degli assistiti che per l'attività oraria. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del titolare.
5. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico ai sensi dell'articolo 18, comma 1 provvede la Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 16, comma 7. Le scelte restano in carico al medico sospeso, fatta salva la revoca da parte degli assistiti.
6. Il compenso spettante al medico che effettua sostituzione per attività a ciclo di scelta è pari al 70% del compenso di cui all'articolo 43, comma 2, lettera A, punto I ed è corrisposto:
 - a) intero per i mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre;
 - b) maggiorato del 20% per i mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo;
 - c) ridotto del 20% per i mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.Al titolare viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
Al sostituto spettano inoltre i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 5 e, con le stesse limitazioni previste per il titolare, per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 6 ed integrata (ADI) di cui all'Allegato 7, eseguite nel corso della sostituzione.
7. Per sostituzioni pari o inferiori a 30 (trenta) giorni e comunque per i primi 30 (trenta) giorni di sostituzione continuativa del medico a ciclo di scelta l'Azienda corrisponde i compensi al medico titolare, il quale provvede ad erogare al sostituto i compensi dovuti nel rispetto della normativa fiscale. Dal trentunesimo giorno l'Azienda corrisponde i compensi direttamente al sostituto. Se il sostituto è incaricato dall'Azienda i compensi sono corrisposti allo stesso fin dal primo giorno di sostituzione. In caso di decesso del medico, il sostituto già designato prima del decesso può proseguire l'attività di sostituzione per non più di 30 (trenta) giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.
8. Al medico che effettua sostituzione per attività oraria spetta il compenso indicato all'articolo 43, comma 3, lettera A oltre ai compensi previsti per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 5.

ART. 33 – INCARICHI PROVVISORI.

1. In attesa del conferimento di incarico di medico di cure primarie ai sensi dell'articolo 29, l'Azienda può conferire un incarico provvisorio utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui all'articolo 16, comma 7, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale di incarico.
2. L'incarico provvisorio ha durata inferiore a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di inserimento del medico titolare.
3. Per l'attività assistenziale a ciclo di scelta viene corrisposto il compenso di cui all'articolo 43, comma 2, lettera A, punto I); per l'attività oraria è riconosciuto il compenso indicato all'articolo 43, comma 3, lettera A.
4. L'Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso nell'ambito territoriale di incarico.
5. In caso di improvvisa cessazione dell'attività del medico titolare l'Azienda informa i cittadini della necessità di procedere alla scelta di un altro medico.

ART. 34 – MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI.

1. I medici di cure primarie iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.575 unità, **incluse** le ricongiunzioni familiari di cui all'articolo 35, comma 4. Eventuali **escluse** deroghe al massimale possono essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5, della Legge 833/78, **per un tempo determinato, non superiore comunque a sei mesi.**
2. Le scelte temporanee di cui all'articolo 35, commi 6 e 7 sono inserite in apposito separato elenco, non concorrono alla determinazione del massimale di cui al comma 1 **e sono acquisibili nel limite massimo di 225 unità.** **perche'?**
3. Non concorrono alla determinazione del massimale di cui al comma 1 le scelte dei minori nella fascia di età 0-6 anni.
4. I medici che, alla data di entrata in vigore dell'ACN, hanno un numero di assistiti in carico superiore a quanto stabilito dal comma 2 rientrano nel limite mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
5. Le Aziende, sentito il parere del referente di AFT, possono autorizzare i medici ad autolimitare la propria attività a ciclo di scelta in misura non inferiore al rapporto ottimale. Il massimale individuale derivante da autolimitazione del numero di scelte di cui al comma 1 non è modificabile prima di **3** (tre) anni dalla data di decorrenza della stessa. A far data dall'autorizzazione alla autolimitazione, non possono essere assegnate al medico ulteriori scelte. **due rinnova**
6. I compensi sono corrisposti fino al massimale di cui al comma 1 o massimale individuale derivante da autolimitazione di cui al comma 5. **Le scelte temporanee di cui al comma 2 sono retribuite nel limite indicato.**
7. L'impegno settimanale del medico a ciclo di scelta equivale convenzionalmente a 38 ore settimanali, secondo il rapporto **41** assistiti/ora.

ART. 35 – SCELTA DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE.

1. La libera scelta del medico, nel rispetto del numero massimo di assistiti, è di norma collegata alla residenza e compatibile con l'organizzazione sanitaria di riferimento del territorio. Il cittadino sceglie per sé e per le persone di cui ha la tutela legale il medico di fiducia tra quelli iscritti negli elenchi dell'Azienda Sanitaria di residenza, articolati per Comuni o gruppi di Comuni. L'ambito territoriale per la scelta del medico non può essere inferiore all'area comunale; nei Comuni ove operano più Aziende l'ambito territoriale coincide con una frazione del Comune stesso. La scelta è a tempo indeterminato, salvo revoca.
2. Nell'ambito dell'Azienda, il cittadino sceglie il medico prioritariamente tra quelli operanti nel Comune di residenza o nei Comuni afferenti al medesimo ambito; può, tuttavia, scegliere un medico iscritto in elenchi diversi da quello di residenza, previa accettazione da parte del medico interessato. Le Aziende comunicano ai medici l'elenco degli assistiti in carico con i necessari aggiornamenti.
3. Per i minori che abbiano compiuto il sesto anno di età i genitori o chi ha la tutela legale possono effettuare la scelta nei confronti del medico di cure primarie.
4. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito, già in carico al medico di cure primarie, purché facenti parte anagraficamente del medesimo nucleo familiare, possono effettuare la scelta a favore dello stesso medico nel limite di quanto previsto all'articolo 34, comma 1.
5. **Eventuali scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza sono disciplinate negli Accordi Integrativi Regionali o accordi tra Regioni.**
6. Per il cittadino non residente la scelta è a tempo determinato per una durata minima di 3 mesi e massima di 1 anno, espressamente prorogabile, così come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 8 maggio 2003, rep., n. 1705. L'Azienda comunica l'iscrizione temporanea alla Azienda di provenienza al fine della cancellazione nelle sue liste.
7. Il cittadino extracomunitario in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano effettua la scelta a tempo determinato di validità pari a quella del permesso di soggiorno. La scelta è espressamente prorogabile alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.
8. Il medico è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno.
9. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 1982, n. 526 vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda, sono riattribuite automaticamente al medico dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, e fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.
10. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono comunque, in difetto di scelta in favore di altro medico, dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il medico è tenuto comunque alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.

11. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini sui servizi e le attività assistenziali fornite dalla AFT del medico scelto in base al programma delle attività che le stesse AFT predispongono.

BOZZA

ART. 36 – REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA.

1. Il cittadino può revocare in qualsiasi momento la scelta del medico, utilizzando le procedure dell'Azienda Sanitaria, ed effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
2. Il medico a **ciclo di scelta** che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera b), D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. 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.
3. Non è consentita la ricusazione qualora nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità.
4. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite dell'autolimitazione o per rientrare nel massimale.

ART. 37 – REVOCHE D'UFFICIO DELLE SCELTE.

1. Le revoche delle scelte dei cittadini sono effettuate d'ufficio dall'Azienda nei seguenti casi:
 - a) decesso dell'assistito;
 - b) trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda;
 - c) irregolare doppia iscrizione del cittadino;
 - d) cancellazione del medico dall'elenco di scelta.
2. Le cancellazioni per i casi di cui al comma 1, lettera c) decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione dall'elenco degli assistiti del primo medico decorre dalla data della seconda scelta.
3. L'Azienda, previa comunicazione al medico, procede al recupero di quote per assistiti liquidate e non dovute a far data dal verificarsi di uno degli eventi di cui al comma 1. Il medico può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 (quindici) giorni ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento del ricorso. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo avviene, fino al recupero dell'importo complessivo, nella misura massima mensile del 20% delle quote corrisposte in base al numero degli assistiti in carico, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali. L'Azienda può dare corso ad una diversa rateizzazione delle somme da ripetere o al conguaglio negativo, in percentuale superiore al 20%, previo accordo con il medico interessato.
4. Gli effetti economici delle cancellazioni e delle attribuzioni di scelte seguono le vigenti disposizioni del Codice Civile in materia di ripetizione di emolumenti non dovuti e di crediti, con relativi termini di prescrizione.
5. L'Azienda presso la quale il cittadino effettua una nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.

ART. 38 – EFFETTI ECONOMICI DI SCELTA, REVOCA E RICUSAZIONE.

1. Ai fini della corresponsione delle quote per assistiti in carico la scelta, la ricsuzione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese. In caso di morte dell'assistito la quota è corrisposta fino alla data del decesso.
2. Il rateo mensile delle quote per assistiti in carico è frazionabile in trentesimi, ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento, cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.
3. La cessazione dell'incarico del medico per sopraggiunti limiti di età produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista. **salvo diversa determinazione volontaria**

ART. 39 – COMPITI DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE.

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 di cure primarie espleta le seguenti funzioni:
 - a) assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente;
 - b) si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione;
 - c) persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.
2. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico di cure primarie svolge la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT; **partecipa inoltre alle attività dell'UCCP di riferimento.**
3. **Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie e invia le informazioni all'Azienda sanitaria come previsto dall'articolo 4 del presente Accordo.**
4. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.
5. Nello svolgimento della propria attività il medico di cure primarie:
 - a) gestisce le patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, con interventi appropriati ed azioni di promozione della salute e garantisce l'assistenza proattiva nei confronti dei malati cronici e dei pazienti fragili, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 40 del presente Accordo;
 - b) assicura agli assistiti la presa in carico globale, **anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE)**, le prestazioni e visite ambulatoriali e domiciliari;
 - c) partecipa a progetti e programmi di attività, finalizzati al rispetto dei livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale, ed a quelli finalizzati a sensibilizzare i cittadini su specifiche tematiche, sull'adozione di corretti stili di vita, uso appropriato dei farmaci e delle risorse messe a disposizione del SSN;
 - d) opera **nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse delle Cure Primarie rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse, espletando sia attività a ciclo di scelta che attività oraria;**
 - e) garantisce la continuità dell'assistenza per tutti i giorni della settimana e secondo quanto previsto dall'articolo 40 del presente Accordo;
 - f) adotta le misure necessarie, in conformità alle normative vigenti, per il consenso informato, il trattamento, la conservazione e la sicurezza dei dati sensibili;
 - g) cura la tenuta e l'aggiornamento della cartella clinica informatizzata di ciascun assistito da condividere con gli altri medici della AFT;
 - h) collabora con la dirigenza dell'Azienda sanitaria per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale;

- i) partecipa alle attività formative programmate dall'Azienda;
 - j) effettua visite occasionali, secondo quanto previsto dall'articolo 42 del presente ACN;
 - k) redige le certificazioni obbligatorie di propria competenza;
 - l) rilascia a titolo oneroso tutte le certificazioni non obbligatorie;
 - m) effettua le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 5;
 - n) eroga assistenza in zone disagiate/disagiatissime, sulla base degli Accordi regionali di cui all'articolo 43, comma 2, lettera E.
6. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico di cure primarie a ciclo di scelta:
- a) le visite domiciliari, su richiesta dei propri **assistiti**, avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento in sicurezza degli stessi, da eseguire di norma nel corso della stessa giornata o entro le ore dodici del giorno successivo, compreso il sabato; **aggiungere: e su insindacabile giudizio**
 - b) l'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 6 e 7 ovvero secondo gli Accordi Integrativi Regionali;
 - c) l'assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali, disciplinata da protocolli definiti dagli Accordi Integrativi Regionali; **case di riposo**
 - d) il consulto con lo specialista **attuato di persona presso gli ambulatori dell'Azienda** o, su richiesta motivata e previa autorizzazione aziendale, presso il domicilio del paziente;
 - e) la partecipazione alle campagne di vaccinazione **antinfluenzale**, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende, con obbligo di effettuare le vaccinazioni alla popolazione a rischio, secondo modalità concordate;
 - f) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:
 - I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti;
 - II) incapacità temporanea al lavoro;
 - III) idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, articolo 3, lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 42-bis del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98 e dal D.M. 8 agosto 2014 del Ministero della Salute;
 - IV) riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, laddove previste;
 - V) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;
 - VI) **valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;**
 - g) il rispetto dei compiti previsti nei confronti della AFT di cui all'articolo 25 e degli obiettivi di cui al piano triennale delle attività della medicina generale di cui all'articolo 11.

7. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico di cure primarie ad attività oraria:
- a) l'erogazione di prestazioni assistenziali non urgenti, **in sede ambulatoriale o** a domicilio, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla funzionalità del Numero Unico Europeo 116117, come previsto dall'articolo 40 del presente Accordo;
 - b) l'annotazione nella cartella clinica del paziente della propria valutazione, la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e le eventuali certificazioni rilasciate, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza nei riguardi del medico titolare del rapporto di fiducia e dei medici della intera AFT;
 - c) il rispetto dei compiti previsti nei confronti della AFT di cui all'articolo 25 e degli obiettivi di cui al piano triennale delle attività della medicina generale di cui all'articolo 11;
 - d) le proposte di ricovero;
 - e) le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e secondo le disposizioni vigenti in materia;
 - f) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:
 - I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti, fino ad un massimo di tre giorni;
 - II) assenza per malattia dei lavoratori turnisti;
 - III) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;
 - g) la constatazione di decesso.

ART. 40 – ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE.

1. Il medico di cure primarie ad attività oraria fornisce prestazioni **ambulatoriali e domiciliari** al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata.
2. L'attività a tutta la popolazione di riferimento, inclusa quella in età pediatrica, è organizzata dalla Regione, tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche del territorio e all'offerta assistenziale. La scelta organizzativa deve supportare la presa in carico di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili ad alto rischio di ospedalizzazione o di accesso improprio al Pronto Soccorso, nonché straordinarie situazioni di maggior impegno assistenziale.
3. Con riferimento all'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", 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;
 - b) attivazione di ambulatorio di continuità assistenziale h24 gestito da medici di cure primarie 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 di cure primarie 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 di medicina generale per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.**
4. **Le previsioni di cui al comma precedente sono attuate nel rispetto delle necessità assistenziali fissate dalla programmazione regionale e, successivamente, con la definizione del rapporto ottimale nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali. Alla data di entrata in vigore del presente Accordo le Regioni garantiscono il rispetto del volume di ore già utilizzate e retribuite, senza determinare maggiori oneri per la finanza pubblica.**
5. Le sedi di riferimento del servizio di continuità assistenziale sono individuate dalla Azienda in ambito distrettuale, anche con riferimento a più AFT, per garantire l'integrazione organizzativa e professionale delle cure primarie e agevolare l'accesso dei cittadini.
6. In specifiche aree territoriali o in zone definite disagiate, la continuità dell'assistenza può essere garantita dai medici delle cure primarie, sia a ciclo di scelte che ad attività oraria, con modalità di reperibilità domiciliare definite con Accordi regionali e prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina.

7. Il medico che assicura la continuità assistenziale, in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali, comprese le eventuali prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 5 ed attiva direttamente il servizio di emergenza urgenza - 118, qualora ne ravvisi la necessità.
8. Le chiamate degli utenti ed i relativi interventi devono essere registrati e rimanere agli atti, secondo le modalità definite dall'Azienda.
9. Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico a rapporto orario alle attività previste nelle nuove forme organizzative.
10. L'incarico di medico di cure primarie a rapporto orario è di 24 ore settimanali con possibilità di estensione fino al massimale di 38 ore, come previsto dall'articolo 28, comma 7, lettera B, punto I.
11. L'attività programmata e coordinata all'interno dell'AFT è prestata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con un orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12.
12. I medici di cure primarie titolari di incarichi a ciclo di scelta e di attività oraria, al raggiungimento del massimale di attività, convenzionalmente determinate all'articolo 34, comma 7 nella proporzione di 41 assistiti equivalenti ad un'ora di attività, dovranno ridurre proporzionalmente la propria attività oraria in relazione all'aumento degli assistiti.
13. Le Aziende, esperite inutilmente le procedure dell'articolo 30 ed al fine di garantire comunque la continuità dell'assistenza, possono consentire per il solo espletamento di attività oraria, integrazioni straordinarie dell'attività dei medici operanti nella AFT fino ad un massimo di 10 ore settimanali oltre il massimale di scelte stabilito all'articolo 34, comma 1. Le Aziende provvedono comunque alla pubblicazione delle ore di cui al presente comma secondo le scadenze e le modalità di cui all'articolo 30. Le integrazioni orarie di cui al presente comma cessano con il conferimento del nuovo incarico.
14. Le Aziende, per esigenze straordinarie, possono conferire incarichi a tempo determinato, della durata massima di sei mesi, per l'esclusivo svolgimento di attività oraria sulla base della graduatoria aziendale di cui all'articolo 16, comma 7.
15. Le Aziende possono organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno secondo modalità di attuazione e retribuzione definite con Accordi regionali.
16. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono attività a prestazione oraria contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, sempreché l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.
17. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
 - a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;

- b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvo diversi Accordi regionali.

La relativa polizza è portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 13, comma 4.

18. Per lo svolgimento dell'attività oraria l'Azienda è tenuta a fornire al medico i farmaci e il materiale, necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio.
19. Nel caso in cui l'attività sia svolta in sedi di servizio messe a disposizione dall'Azienda, le stesse devono essere dotate di idonei locali, di adeguate misure di sicurezza, nonché di servizi igienici.
20. L'Azienda assegna le sedi di attività e **predisporre i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati.** I turni di servizio sono disposti sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati.
21. Il medico in servizio attivo deve essere presente fino all'arrivo del medico che subentra. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario.
22. L'Azienda provvede altresì alla disponibilità di:
- a) mezzi di servizio, possibilmente con caratteri distintivi che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
 - b) adeguato apparecchiature per la registrazione delle chiamate, su supporto magnetico o digitale, presso le sedi operative;
 - c) arredi per la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici.

ART. 41 – ATTIVITÀ PRESCRITTIVA.

1. Il medico di cure primarie a ciclo di scelta può prescrivere farmaci e/o indagini specialistiche con ricetta del SSN, secondo le norme di legge vigenti e nel rispetto delle modalità previste dal SSN, nei confronti dei cittadini che lo abbiano preventivamente scelto, fatto salvo quanto previsto all'articolo 42, comma 5.
2. In caso di assenza del medico di scelta le prescrizioni urgenti possono essere effettuate da un altro medico della stessa AFT.
3. La richiesta di indagine, prestazione, visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o quesito diagnostico. La proposta di ricovero o prescrizione di cure termali deve essere accompagnata dalla specifica motivazione.
4. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche anche in assenza del paziente solo nel caso di prosecuzione di terapia e di controlli routinari previsti in protocolli assistenziali.
5. 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.
6. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione del precedente comma e nel rispetto del disposto della Legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende emanano disposizioni 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 (trenta) giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di scelta.
7. Il medico di cure primarie ad attività oraria prescrive farmaci per terapia non differibile e formula proposta di ricovero.
8. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di cure primarie ritenuti non conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all'organismo composto dai soggetti individuati al successivo comma 9, deputati a verificare l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.
9. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 8 dal **referente di AFT** componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e **da altri due referenti di AFT** tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario della Azienda.
10. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
 - a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;

b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

11. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

- a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
- b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del SSN;
- c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra legittima norma.

aggiungere l'induzione

ART. 42 – ASSISTENZA AI TURISTI E VISITE OCCASIONALI.

1. Con apposite determinazioni regionali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare, nell'ambito dell'AFT, un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, sulla base di indirizzi definiti negli Accordi Integrativi Regionali.
2. I medici di cure primarie a ciclo di scelta prestano la propria attività anche in favore dei cittadini che, trovandosi occasionalmente al di fuori dell'ambito territoriale di riferimento, ricorrono ad essi. Tale attività è prestata altresì dai medici a rapporto orario nei confronti dei cittadini di aree distrettuali diverse da quella di riferimento. Le visite occasionali sono assicurate anche ai soggetti rientranti nelle condizioni di particolare bisogno individuati dalla Regione con pagamento delle stesse al medico.
3. Le prestazioni di cui ai commi precedenti sono compensate direttamente dal cittadino con le seguenti tariffe omnicomprendenti:
 - visita ambulatoriale: € 15,00
 - visita domiciliare: € 25,00
4. Al medico di cure primarie che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, in possesso del 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 propria Azienda Sanitaria le anzidette prestazioni, annotando gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.
5. Per le prestazioni di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare la ricetta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.

ART. 43 – TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE.

1. Il trattamento economico del medico di cure primarie include il compenso per l'attività a ciclo di scelta e quello ad attività oraria.
2. La retribuzione per l'attività a ciclo di scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, si articola in:
 - A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale;
 - B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica;
 - C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;
 - D. quota del fondo di AFT, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;
 - E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

Le quote B, C e D **potranno** rappresentare **fino** al 30% del totale della retribuzione di cui al presente comma e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote possono essere ulteriormente integrate con gli incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali di cure primarie.

**correggere in
“devono
rappresentare il
30%”**

A. QUOTA CAPITARIA

- I) compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, pari ad Euro **40,05;**
- II) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, pari ad Euro **31,09;**
- III) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito di età inferiore a 14 anni, pari ad Euro **18,95;**
- IV) assegno individuale ad personam riconosciuto ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato al 23 marzo 2005 e determinato al 31 dicembre 2005 secondo la tabella di cui all'articolo 59, lettera A, comma 2, dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.;
- V) quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali. Tale fondo è integrato con gli assegni individuali di cui al precedente punto IV, resisi disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale di singoli medici, tenuto conto di quanto disposto dal D.L. 31 maggio 2010, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla L. 30 luglio 2010, n. 122 nonché dal D.L. 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni, dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111; **dettagliare**
- VI) quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso pari ad Euro 13,46, per le prime 500 scelte, riconosciuta ai medici incaricati a tempo indeterminato in data successiva al 20 marzo 2005. Tale quota non è dovuta per le scelte oltre la cinquecentesima.

cassare assolutamente il riferimento al costo del contributo per i diritti sindacali che allo stato attuale non è ricompresa nel finanziamento dell'ACN ma è una voce "a latere" della spesa sanitaria mentre nella proposta lo si vuole mettere nei conti dell'ACN.

B. QUOTA VARIABILE

- I) quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartiti dagli Accordi Integrativi Regionali sulla base degli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli programmati di spesa;
- II) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, pari ad Euro 0,81 per assistito, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6 del citato Accordo. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 8, comma 3, dell'articolo 14, comma 8 del presente Accordo e dell'articolo 26, comma 8;
- III) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,20 per assistito, attribuita ai medici in base al numero di assistiti in carico affetti da una o più delle patologie croniche di cui al D.M. 28 maggio 1999, n. 329.

C. QUOTA PER SERVIZI

- I) quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 5;
- II) quota per assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 6;
- III) quota per assistenza domiciliare integrata (ADI) di cui all'Allegato 7.

È demandata agli AAIIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 5, 6 e 7.

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti II e III della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 6 non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Sono fatti salvi diversi Accordi regionali.

salvo i medici a basso numero di scelte

D. QUOTA DEL FONDO DI AFT

- I) Alla istituzione della AFT, come previsto dall'articolo 4, comma 2, le indennità e gli incentivi previsti dall'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta costituiscono il fondo di AFT.
- II) Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario, di cui all'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., già erogate ai medici componenti della AFT alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.
- III) Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale

in integrazione con gli altri medici. Il trattamento economico individuale, determinato alla data di costituzione del fondo di cui al punto II, non è modificato in relazione all'aumento di assistiti in carico.

- IV) Le risorse corrisposte in funzione del numero degli assistiti in carico sono ridotte in relazione alla diminuzione del carico assistenziale, secondo il sistema di calcolo ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e confluiscono nel fondo di AFT.
- V) La modifica dello standard organizzativo riferito alle preesistenti forme associative, la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio, regolamentati sia a livello nazionale che regionale, comportano la sospensione delle relative indennità corrisposte, che restano a disposizione del fondo di AFT.
- VI) In caso di cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti la AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo di AFT. Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nella AFT. Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il finanziamento dei nuovi modelli organizzativi definiti dalla Regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali.
- VII) Gli Accordi Integrativi Regionali possono stabilire diversi criteri di destinazione delle risorse di cui ai commi precedenti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono, altresì, la misura delle risorse rese disponibili da riservare in misura prioritaria alla perequazione del trattamento economico dei medici di scelta operanti nella medesima AFT, finalizzando la parte restante alla perequazione del trattamento economico dei medici di altra AFT dell'Azienda.
- VIII) Al termine dell'esercizio le eventuali risorse del fondo di AFT che residuano confluiscono annualmente nei fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico di cui al comma 2, lettera B, punto I.

E. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

Gli Accordi regionali possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste complementari, quali:

- I) assistenza domiciliare residenziale (ADR);
- II) prestazioni assistenziali in favore di assistiti in dimissione protetta;
- III) prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero;
- IV) possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali;
- V) quota per attività in zone identificate dalla Regione come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole;
- VI) ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

3. Il compenso per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente Accordo, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, si articola in:
 - A. quota oraria di Euro 22,46, negoziata a livello nazionale;
 - B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, **considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010.**
4. Le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dall'articolo 3, comma 4 del presente Accordo.
5. Tutti i compensi erogati in base agli assistiti in carico sono corrisposti nei limiti di cui all'articolo 34.
6. I compensi per l'attività oraria sono corrisposti al medico che svolge l'attività, indipendentemente dalle modalità con cui viene assicurata la continuità assistenziale.
7. Le quote capitarie di cui al comma 2, lettera A, sono corrisposte mensilmente in dodicesimi entro la fine del mese successivo a quello di competenza; i restanti compensi sono corrisposti mensilmente entro il secondo mese successivo a quello di competenza.
8. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato per lo svolgimento di attività oraria, spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un rimborso forfetario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo.

precisare la non tassazione del rimborso

ART. 44 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E COPERTURE ASSICURATIVE.

1. La quota parte a carico dell'Azienda Sanitaria del contributo previdenziale in favore del competente Fondo di previdenza è pari al 10,375% di tutti i compensi previsti dal presente Accordo, ivi inclusi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali per i medici di cure primarie per l'attività a ciclo di scelta; per l'attività prestata su base oraria la stessa percentuale è calcolata esclusivamente sul compenso di cui all'articolo 43, comma 3.
2. L'aliquota previdenziale a carico dei medici di cure primarie è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.
3. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cure primarie possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
4. I contributi devono essere versati all'ENPAM trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del trimestre.
5. Per far fronte al pregiudizio economico derivante al medico a ciclo di scelta dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto Legislativo 151/2001, e al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,72% (zero virgola settantadue per cento) dei compensi di cui all'articolo 43, comma 2, lettera A, punto I) da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al presente comma affinché provveda in merito.
6. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico a rapporto orario per eventi di malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del Decreto Legislativo 151/2001, ed al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, l'Azienda versa all'ENPAM con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,72% (zero virgola settantadue per cento) sul compenso di cui all'articolo 43, comma 3, lettera A, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
7. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono attività oraria di cure primarie contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.
8. Il contratto di cui al comma precedente è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
 - a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;

b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi Accordi regionali.

La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 13, comma 4.

BOZZA

CAPO II – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 45 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il presente Capo disciplina i rapporti di lavoro instaurati tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici della medicina dei servizi territoriali ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera b) del presente Accordo, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, per l'organizzazione delle attività sanitarie territoriali a rapporto orario, per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione e che non risultino regolate da altri Accordi collettivi stipulati ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.
2. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1 bis, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, le Aziende sanitarie utilizzano ad esaurimento, i medici incaricati a tempo indeterminato nella attività di medicina dei servizi, già disciplinate dal capo II del D.P.R., n. 218/92, e dall'articolo 5, comma 4 dell'Allegato "N" al D.P.R., n. 484 del 1996. Per questi vale il presente Accordo.

ART. 46 – MASSIMALE ORARIO, VARIAZIONI E LIMITAZIONI.

1. Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un massimo di 38 ore settimanali sulla base degli Accordi regionali.
2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dal presente Capo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.
3. L'Azienda, qualora si rendano disponibili orari di attività per cessazione degli incarichi a tempo indeterminato, interpella i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda medesima che non svolgano altre attività convenzionali o attività libero professionale strutturata e, previa acquisizione della loro disponibilità, assegna l'aumento delle ore all'avente diritto tra i medici operanti nell'ambito della stessa Azienda secondo l'ordine di anzianità di incarico. A parità di anzianità di incarico prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
4. Per mutate ed accertate esigenze di servizio, l'Azienda può dar luogo a riduzione di orario dell'incarico o modifica della sede di attività del medico, dandone comunicazione all'interessato mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di un mese. La riduzione dell'orario si applica al medico con minore anzianità di incarico nell'ambito del medesimo servizio.
5. I provvedimenti con i quali si riducono gli orari o comunque si introducono modificazioni nei rapporti disciplinati dal presente Accordo sono comunicati entro 10 (dieci) giorni al comitato di cui all'articolo 10.
6. Eventuali nuovi aumenti di orario interessanti servizi già oggetto di precedenti riduzioni orarie, sono attribuiti al medico al quale era stata applicata la decurtazione di orario, ove possibile, o, comunque, al medico incaricato a tempo indeterminato con orario di incarico più basso.
7. Nel caso di non agibilità temporanea della struttura di assegnazione, l'Azienda assicura l'impiego temporaneo del medico in altra struttura idonea, senza danno economico per l'interessato.

ART. 47 – COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI.

1. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato:
 - a) si attiene alle disposizioni contenute nel presente Accordo e a quelle che l'Azienda emana per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali;
 - b) osserva l'orario di attività indicato nella lettera di incarico a tempo indeterminato e le Aziende provvedono al controllo con gli stessi metodi adottati per il personale dipendente.
2. Tenuto conto di eventuali determinazioni finalizzate alla flessibilità e al recupero dell'orario definite a livello regionale e/o aziendale, a seguito dell'inosservanza dell'orario sono effettuate trattenute mensili, sulle competenze del medico inadempiente, per le ore di lavoro non effettuate.
3. L'inosservanza ripetuta dell'orario ed il mancato rispetto dei compiti previsti dal presente Capo sono contestate al medico secondo la procedura di cui all'articolo 21 del presente Accordo.
4. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività.
5. Sono inoltre doveri e compiti del medico:
 - a) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale;
 - b) la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale.
6. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali.
7. Le Aziende sanitarie possono affidare, sulla base di Accordi regionali ed esigenze organizzative, incarichi per specifiche responsabilità ai medici di cui al presente Capo.

ART. 48 – TRASFERIMENTI – DISPONIBILITÀ.

1. Il trasferimento dei medici, tra Aziende della stessa Regione, può avvenire a domanda del medico previo nulla-osta dei Direttori Generali delle Aziende di provenienza e di destinazione.
2. Il medico accetta le condizioni e la sede dell'Azienda di destinazione. L'Azienda di provenienza, con la cessazione dell'incarico convenzionale, non procede ai sensi del presente Accordo al conferimento di nuovo incarico. Nel caso di più medici interessati, gli stessi sono graduati in base all'anzianità di incarico, alla minore età, al voto di laurea e all'anzianità di laurea.
3. Il medico trasferito conserva l'anzianità maturata nel servizio di provenienza senza soluzione di continuità.
4. Gli Accordi regionali disciplinano la disponibilità del medico di medicina dei servizi territoriali, previo suo consenso, presso strutture o Enti del Servizio sanitario nazionale o regionale.

ART. 49 – SOSTITUZIONI.

1. L'Azienda può provvedere alla sostituzione dei medici assenti secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'articolo 16, comma 7, o, in mancanza, di quella regionale vigente, di cui al presente Accordo, con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda.
2. La sostituzione cessa al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato.
3. Al medico sostituito spetta il trattamento economico di cui all'articolo 53, comma 1, lettera A, punto I e lettera B.

BOLZA

ART. 50 – PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO.

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di 30 (trenta) giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore pari a cinque volte l'orario di incarico settimanale.
2. A richiesta dell'interessato, il permesso, autorizzato dall'Azienda, è fruito in uno o più periodi, con un preavviso di 30 (trenta) giorni. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio.
3. Il periodo di permesso è fruito almeno allo 80% a giornata intera e per la parte rimanente può essere frazionato in ore; è utilizzato durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.
4. Ai fini del computo del permesso retribuito sono considerate attività di servizio il congedo matrimoniale di cui al successivo comma 6 ed i periodi retribuiti di assenza per malattia e gravidanza di cui all'articolo 51. Non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti.
5. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.
6. Al medico titolare di incarico a tempo indeterminato spetta un congedo matrimoniale retribuito non frazionabile di quindici giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.
7. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.

ART. 51 – ASSENZE PER MALATTIA E GRAVIDANZA.

1. Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio, anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi, che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50% per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza retribuzione.
2. L'Azienda può disporre controlli sanitari, in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati, secondo le modalità e le procedure previste dalla Legge 111/2011.
3. Al medico incaricato a tempo indeterminato in caso di gravidanza o puerperio, l'Azienda mantiene l'incarico per sei mesi continuativi e corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

ART. 52 – ASSENZE NON RETRIBUITE.

1. Il medico è sospeso dall'incarico, con conservazione dello stesso, con le modalità e per i motivi di cui all'articolo 18 del presente Accordo.
2. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve dare all'Azienda un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni per l'ottenimento del relativo permesso.
3. In caso di svolgimento degli incarichi, ai sensi del presente Capo, in più posti di lavoro o in più Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.
4. Nessun compenso è dovuto al medico per i periodi di assenza di cui al presente articolo, i quali non sono conteggiati a nessun fine come anzianità di incarico.

BOLZA

ART. 53 – TRATTAMENTO ECONOMICO – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto il trattamento economico già previsto ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., senza alcun ulteriore onere a carico della finanza pubblica. Il trattamento economico è così articolato:
 - A. compenso professionale già previsto dall'articolo 14, Allegato N al D.P.R., n. 270/2000:
 - I) compenso orario pari ad Euro 13,20 (tredici/20) per ogni ora di attività. Tale compenso è comprensivo degli incrementi previsti dall'ACN 23 marzo 2005;
 - II) incrementi di anzianità di cui all'articolo 20, comma 1, lettera a) e lettera c), D.P.R., n. 218/1992, calcolati alla data del 29 febbraio 1996, compreso il maturato economico alla stessa data con gli incrementi percentuali del 2,3% per l'anno 1999 e del 1,4% per l'anno 2000 mantenuti dai singoli interessati;
 - III) per l'attività svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle ore 6, il compenso orario predetto è maggiorato nella misura del 30%. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 50%;
 - IV) compenso aggiuntivo determinato con i criteri di cui all'articolo 20, comma 1, lettera b) (b2 e b3), del D.P.R., n. 218/1992 (quote mensili di carovita), nella misura corrisposta al 31 dicembre 1997, incrementata del 2,3% dal 1° gennaio 1999 e del 1,4% dal 1° gennaio 2000;
 - V) indennità di piena disponibilità ai medici che svolgono esclusivamente attività ai sensi del presente Accordo, salvo la libera professione di cui all'articolo 24, per ogni ora risultante dalla lettera di incarico, Euro 0,61;
 - VI) indennità chilometrica. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta, qualora si avvalgano del proprio automezzo per spostamenti dovuti allo svolgimento di attività al di fuori dei presidi della Azienda, un rimborso pari ad 1/5 del prezzo della benzina per ogni chilometro percorso, nonché adeguata assicurazione dell'automezzo;
 - VII) per visite fiscali a carico del datore di lavoro richiedente, al medico che effettua la visita spettano per gli spostamenti i corrispettivi indicati dal Ministero del lavoro da porsi a carico del datore di lavoro e ricevuti dalla Azienda, sempre che il mezzo di trasporto sia stato fornito dal medico stesso;
 - VIII) per lo svolgimento dei compiti previsti dall'articolo 47, comma 5 è corrisposto un compenso per ogni ora incarico pari ad Euro 1,15 non valutabile ai fini della determinazione del premio di operosità;
 - B. incremento del compenso orario di cui al comma 1, lettera A, punto I) pari ad Euro 0,99 da 1° gennaio 2008 ed Euro 0,43 dal 1° gennaio 2010;
 - C. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010.
2. I compensi di cui al comma 1 sono corrisposti entro la fine del mese successivo a quello di competenza. Ai soli fini della correttezza del pagamento si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

3. Al medico della medicina dei servizi che partecipa ai progetti obiettivo, ai programmi e alle attività stabilite dagli Accordi regionali spettano quote variabili secondo quanto determinato dagli Accordi stessi.
4. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al Decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, con quota parte a carico dell'Azienda pari al 14,16%. L'aliquota previdenziale a carico del medico è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.

BOLLA

ART. 54 – RIMBORSO SPESE DI ACCESSO.

1. Per incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nella stessa provincia, al medico viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese per chilometro in misura uguale a quella prevista per il personale dipendente.
2. Il rimborso non compete nell'ipotesi che il medico abbia un recapito professionale nel Comune sede di presidio presso il quale svolge l'incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell'intervenuta soppressione all'Azienda.
3. La misura del rimborso spese è proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in Comune più vicino a quello sede del presidio. Rimane invece invariata qualora il medico trasferisca la propria residenza in Comune sito a uguale o maggiore distanza da quello sede del posto di lavoro.

ART. 55 – PREMIO DI COLLABORAZIONE.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario di cui all'articolo 53, comma 1, lettera A, punti I), II), IV) e V).
2. Detto premio è liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.
3. Al medico che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio viene calcolato e liquidato all'atto della cessazione del servizio.
4. Il premio di collaborazione non compete al medico nei cui confronti sia stato adottato il provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi disciplinari.

BOLZA

ART. 56 – PREMIO DI OPEROSITÀ.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione del rapporto convenzionale un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato; a tal fine non sono computati tutti i periodi di assenza dal servizio non retribuiti ai sensi del presente Capo.
2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.
3. Il premio di operosità è calcolato sul compenso professionale di cui all'articolo 53, comma 1, lettera A, punti I), II) e V) e sul premio di collaborazione di cui all'articolo 55, nonché in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al D.P.R., n. 884/84 che qui si intendono integralmente richiamati.
4. Ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

ART. 57 – ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono il servizio di medicina dei servizi contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Capo, ivi compresi, ove l'attività sia prestata in un Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal presente Accordo.
2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
 - a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
 - b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.
3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 13, comma 4.

CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 58 – CAMPO DI APPLICAZIONE ED ATTIVITÀ.

1. L'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale, in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e con l'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.5.96.
2. Il personale medico convenzionato per l'espletamento del servizio è incaricato sulla base della graduatoria regionale di cui all'articolo 16 del presente Accordo.
3. Gli Accordi regionali definiscono le modalità organizzative del Servizio di Emergenza sanitaria convenzionata di cui al presente Accordo, sulla base di quanto definito dai successivi articoli del presente Capo.
4. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, a integrazione, nelle attività dei D.E.A./PS e aree afferenti con le collaborazioni di cui all'articolo 61, comma 2.
5. Il medico incaricato di emergenza sanitaria opera di norma nelle sottoelencate sedi di lavoro:
 - a) centrali operative;
 - b) postazioni fisse o mobili, di soccorso avanzato e punti di primo intervento;
 - c) PS/D.E.A.
6. Il medico incaricato svolge la propria attività nel contesto del sistema di emergenza, organizzato secondo la normativa nazionale in vigore in materia di emergenza sanitaria.
7. Le Regioni definiscono i canali informativi, le procedure e le modalità dell'aggiornamento continuo del medico dell'emergenza, in materia di protocolli ed indirizzi nazionali e regionali del sistema di emergenza.

ART. 59 – ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI.

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura.
2. Individuata la vacanza di incarico, l'Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di cure primarie, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, come individuati al precedente comma 1.
4. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla data di pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Regione o al soggetto da essa individuato apposita domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'articolo 62 del presente Accordo.
6. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:
 - a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o nelle Aziende di altre Regioni, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento. L'Azienda verifica il possesso dei titoli di cui all'articolo 16, comma 2;
 - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.
7. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 6, lettera a) è determinata dall'anzianità di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico.
8. I medici di cui al comma 6, lettera b) sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale vigente.
9. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 6, lettere a) e lettera b) sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.
10. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.
11. La Regione o il soggetto da essa individuato interpella prioritariamente i medici di cui al comma 6, lettera a) in base alla anzianità di servizio; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b) dello stesso comma.

12. La Regione o il soggetto da essa individuato provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione di tutti i medici aventi titolo all'assegnazione degli incarichi per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.
13. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, la propria disponibilità all'accettazione, con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli vacanti.
14. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
15. Il medico che accetta l'incarico ai sensi del comma 6, lettera b) non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi di emergenza sanitaria territoriale in base alla medesima graduatoria.
16. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono essere risolte secondo quanto previsto dall'articolo 17, comma 4.
17. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 14.
18. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.
19. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.

ART. 60 – MASSIMALE ORARIO.

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda, e comportano l'esclusività del rapporto.
2. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. Un ulteriore turno di servizio non può essere iniziato prima che siano trascorse 12 ore dalla fine del turno precedente.
3. Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attività continuativa può superare le 12 ore, ma mai comunque le 15 ore.
4. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi.
5. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate le modalità organizzative e di collaborazione dei medici del 118 presso le strutture aziendali dell'Emergenza-Urgenza, nelle quali essi operano.

ART. 61 – COMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti, retribuiti con la quota fissa oraria:
 - a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
 - b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR (Nucleare Biologico Chimico Radiologico) previo svolgimento di apposito corso di formazione predisposto a livello regionale o aziendale;
 - c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;
 - d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.
2. I medici incaricati possono inoltre, sulla base di appositi Accordi regionali ed aziendali:
 - a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;
 - b) essere utilizzati presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;
 - c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio;
 - d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati.
3. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e aggiornamento del personale sanitario.
4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono essere attribuiti compiti di formazione e aggiornamento del personale medico, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.
5. Sulla base di apposita programmazione regionale e aziendale i medici dell'emergenza possono partecipare, secondo Accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.
6. Il medico in turno di servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.
7. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'articolo 64.

ART. 62 – IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA.

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall'articolo 61 i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi. Le linee guida per i corsi sono riportate nell'Allegato 8.
2. Le Regioni formulano, sulla base della normativa vigente, il programma di un apposito corso di formazione della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico secondo le norme vigenti.
3. Le Aziende, di norma, quantificano entro il 30 giugno di ogni anno il proprio fabbisogno di personale medico da utilizzare, nell'anno successivo, per le esigenze complessive (incarichi, sostituzioni e reperibilità) dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro il 31 dicembre uno o più corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale.
4. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti i criteri di accesso e modalità di partecipazione al corso.
5. Il corso si conclude con un giudizio di idoneità, o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende Sanitarie.

ART. 63 – SOSTITUZIONI, INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E PROVVISORI – REPERIBILITÀ.

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al responsabile del competente Servizio dell’Azienda per la necessaria sostituzione.
2. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell’Azienda, già individuata per il personale dipendente, lo stato di inidoneità all’attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza e nei DEA/PS.
3. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni previste dall’articolo 18 deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda.
4. Nelle more dell’espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall’articolo 59, l’Azienda può conferire incarichi provvisori per 38 ore settimanali, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 7. L’incarico provvisorio non può essere superiore a dodici mesi e cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell’incarico a tempo indeterminato. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in relazione a obiettive difficoltà di organizzazione del Servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell’emergenza sanitaria territoriale.
5. Alla scadenza dell’incarico di cui al comma 4, un ulteriore incarico potrà essere conferito dall’Azienda ad un altro medico e secondo l’ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all’articolo 16, comma 7 o, in mancanza, di quella regionale vigente di cui al presente Accordo. Esaurita la graduatoria, l’incarico potrà essere attribuito al medico precedentemente incaricato.
6. Per esigenze relative a importanti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze sperimentali, le Aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo incarichi a tempo determinato della durata massima di mesi sei, a medici inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all’articolo 16, comma 7 o, in mancanza, nella graduatoria regionale vigente.
7. Gli incarichi provvisori e a tempo determinato conferiti dall’Azienda ai sensi dei precedenti commi 4 e 6, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all’articolo 16, comma 7 o, in mancanza, nella graduatoria regionale vigente, purché in possesso dell’attestato di cui all’articolo 62, e secondo l’ordine delle stesse, interpellando prioritariamente i medici residenti nell’ambito dell’Azienda stessa.
8. Alla sostituzione del medico sospeso per effetto di provvedimento di cui all’articolo 21, comma 3, lettera c) provvede la Azienda con le modalità di cui al precedente comma 7.
9. Al medico che effettua sostituzione ai sensi del comma 3, al medico con incarico provvisorio di cui al comma 4 e al medico con incarico temporaneo di cui al comma 6 spetta il compenso indicato all’articolo 64, comma 1, lettera A.
10. Considerate le peculiarità del Servizio di Emergenza Territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, l’Azienda organizza, i turni di reperibilità dei medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale.

11. L'Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. I turni mensili di reperibilità eccedenti il numero di 4 vengono retribuiti mediante Accordi regionali.
12. Ulteriori reperibilità, comprese quelle per le maxiemergenze, possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell'ambito del Servizio.
13. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può essere inferiore al rapporto di 1 reperibile per 6 medici in guardia attiva nel turno corrispondente. Sono fatti salvi eventuali differenti Accordi regionali già in essere all'atto dell'entrata in vigore del presente Accordo.
14. L'Azienda Sanitaria fornisce alla Centrale Operativa copia dell'elenco dei medici reperibili, con il relativo indirizzo, recapito telefonico e turni ad essi assegnati.

ART. 64 – TRATTAMENTO ECONOMICO – RIPOSO ANNUALE.

1. Il trattamento economico del medico di emergenza sanitaria territoriale è costituito da:
 - A. compenso orario, pari ad Euro 22,46 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente Capo;
 - B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010.
2. Gli Accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 61, commi 2, 3, 4 e 5, nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle relative attività.
3. Fatti salvi gli Accordi regionali in essere alla data di entrata in vigore dell'ACN 23 marzo 2005, al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi esclusi i festivi, da fruirsi per 11 giorni a scelta da parte del medico e per i restanti 10 su indicazione dell'Azienda sulla base delle esigenze di servizio, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a tre volte l'impegno orario settimanale. Qualora sussistano eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale. Il periodo di riposo annuale è commisurato alla durata dell'incarico.
4. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, attribuite temporaneamente dall'Azienda e a garanzia della copertura del servizio, sono retribuite aggiuntivamente secondo le determinazioni previste dagli Accordi regionali.

ART. 65 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. Sul compenso di cui all'articolo 64, comma 1 l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale con quota parte a carico dell'Azienda pari al 10,375%, a favore del competente fondo di previdenza di cui al Decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni. L'aliquota previdenziale a carico del medico è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.
2. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente Capo possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
3. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del D.lgs., n. 151/2001 ed al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,72% (zero virgola settantadue per cento) sull'ammontare dell'onorario professionale di cui all'articolo 64, comma 1, lettera A da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
4. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma 3 costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.
5. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.
6. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
 - a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
 - b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi Accordi regionali.
7. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 13, comma 4.
8. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti, cagionati da terzi, nel corso della propria attività professionale di istituto.

9. Gli Accordi regionali disciplinano la copertura assicurativa RCT del medico di emergenza sanitaria territoriale, da parte delle Aziende. L'eventuale estensione della copertura assicurativa per colpa grave è a carico del medico.

BOZZA

CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

ART. 66 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il D.lgs. 22 giugno 1999, n. 230, come modificato ed integrato dal D.lgs. 22 dicembre 2000, n. 433, ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria ed assegnato al Servizio Sanitario Nazionale il compito di assicurare alle persone detenute o internate livelli di prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi generali, di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale e regionale.
2. Il presente Capo regola l'attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il SSN operanti all'interno degli Istituti penitenziari, a seguito del trasferimento delle funzioni sanitarie e dei rapporti di lavoro al Servizio Sanitario Nazionale disposto dall'articolo 2, comma 283 della L. 24 dicembre 2007, n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.
3. I successivi articoli disciplinano il rapporto di convenzionamento instaurato tra le Aziende Sanitarie ed i medici incaricati del servizio di integrazione dell'assistenza sanitaria, per l'espletamento delle attività afferenti alla medicina generale.
4. Dalla data di entrata in vigore del presente Accordo tali medici assumono la denominazione di medici di assistenza penitenziaria.

ART. 67 – MEDICI OPERANTI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI.

1. L'attività assistenziale presso gli Istituti penitenziari è assicurata secondo il modello organizzativo definito dalla Regione con riferimento all'Accordo 22 gennaio 2015 della Conferenza Unificata, sul documento “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”.
2. I medici incaricati prestano attività assistenziale a tutta la popolazione detenuta e garantiscono le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi e terapia previste dai Livelli Essenziali di Assistenza nazionali e ricomprese nella programmazione regionale, espletando, in particolare, i seguenti compiti :
 - erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura;
 - continuità dell'assistenza h24;
 - valutazione medica dei nuovi ingressi;
 - prescrizione degli accertamenti necessari, delle consulenze specialistiche e delle specifiche certificazioni richieste;
 - compilazione della cartella clinica individuale.
3. I medici che operano negli Istituti penitenziari svolgono la propria attività nel rispetto di tutte le norme deontologiche, civili e penali che regolano l’esercizio professionale nel Sistema Sanitario Nazionale e sono tenuti altresì al rispetto dei regolamenti penitenziari, così come sancito dal D.lgs. 22 giugno 1999, n. 230;
4. Il medico in turno di servizio deve essere presente fino all’arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all’eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.

ART. 68 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI.

1. Le Aziende valutano il fabbisogno di medici e verificano la possibilità di assegnare ore disponibili ai medici titolari già in servizio, per realizzare il completamento orario, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti sul Bollettino Ufficiale. In caso di pubblicazione deve essere indicato un incarico di almeno 24 ore settimanali.
2. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla data di pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati.
3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:
 - a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
 - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.
4. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 3, lettera a) sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.
5. I medici di cui al comma 3, lettera b), sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale vigente.
6. L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui al comma 3, lettera a) in base all'anzianità totale di servizio effettivo di assistenza penitenziaria; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b) dello stesso comma.
7. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.
8. L'Azienda provvede alla convocazione, secondo modalità dalla stessa definite, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.
9. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono essere risolte secondo quanto previsto all'articolo dall'articolo 17, comma 4.
10. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

ART. 69 – MASSIMALE ORARIO.

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti presso una sola Azienda per 24 ore settimanali fino ad un massimo di 38 e comportano, in caso di orario a tempo pieno, l'esclusività del rapporto.
2. Il medico deve osservare l'orario di attività indicato nell'atto di conferimento dell'incarico. L'inosservanza dell'orario di servizio comporta trattenute sulle competenze mensili del medico; in caso di reiterazione, l'inosservanza costituisce infrazione contestabile, da parte dell'Azienda, secondo le procedure di cui all'articolo 21.
3. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. I turni di servizio dei medici incaricati devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva dei turni diurni, notturni e festivi.

ART. 70 – SOSTITUZIONI, INCARICHI PROVVISORI.

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al responsabile del competente Servizio aziendale per la necessaria sostituzione.
2. Le Aziende possono organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno secondo modalità di attuazione e retribuzione definite con Accordi regionali.
3. L'Azienda, in attesa del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di cui all'articolo 68, può conferire incarichi provvisori, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 16, comma 7 o, in mancanza, di quella regionale di cui al presente Accordo, per un periodo non superiore a dodici mesi, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.
4. Per sopravvenute esigenze di servizio o di altro genere, l'Azienda e possono conferire incarichi temporanei della durata massima di sei mesi, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 16, comma 7 o, in mancanza, di quella regionale di cui al presente Accordo, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.
5. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio, per effetto di provvedimento di cui all'articolo 21, comma 3, e per le condizioni previste dall'articolo 18, provvede la Azienda con le modalità di cui ai precedente commi.

il trattamento non puo' essere inferiore al trattamento di origine che era di 23 euro

ART. 71 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

1. Per l'attività svolta ai sensi del presente Capo è corrisposto un compenso orario pari ad Euro **22,46, al** netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda. Tale quota oraria è negoziata a livello nazionale.
2. Gli Accordi regionali regolamentano le attività di cui al presente capo, in relazione alla complessità della struttura penitenziaria e ad eventuali ulteriori compiti, nell'ambito delle risorse regionali disponibili e senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.
3. Per i contributi previdenziali e l'assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico si applicano le disposizioni previste per il medico di cure primarie ad attività oraria di cui all'articolo 44 del presente Accordo.

BOLZA

NORME FINALI

Norma finale n. 1 cassare sbagliata normativamente

In deroga all'articolo 17, comma 1, lettera a), ai medici incaricati di medicina penitenziaria con rapporti instaurati ai sensi della Legge 9 ottobre 1970, n. 740; ai medici di Polizia ed ai medici militari in SPE di cui all'articolo 6-bis del D.L. 24 aprile 1997, n. 198 convertito con modifiche nella Legge 20 giugno 1997, n. 174 è consentito il mantenimento o l'acquisizione di un incarico ai sensi del presente Accordo, nel rispetto dell'orario massimo settimanale, con possibilità di svolgere attività di medico di cure primarie a ciclo di scelte fino ad un massimo di 400 assistiti.

Norma finale n. 2

Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'articolo 16, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico di cure primarie nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'articolo 30, comma 12, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio, previa presentazione, unitamente alla relativa domanda di assegnazione dell'incarico, del titolo di formazione specifica, con l'attribuzione del relativo punteggio.

Norma finale n. 3

Tra i compiti affidati dal presente Accordo ai medici di cure primarie e di emergenza sanitaria territoriale non rientrano le funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria.

Norma finale n. 4

1. La formazione dei Collaboratori di studio è riconosciuta essere una priorità ad alto valore aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale ed un investimento strategico per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale nei confronti dei cittadini.
2. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere previste iniziative volte a realizzare l'attività di cui al comma 1, anche mediante definizione di linee guida contenutistiche di livello nazionale o regionale volte a realizzare una formazione specifica del personale di studio tale da rendere gli addetti sempre più qualificati e funzionali allo sviluppo delle attività dei medici di famiglia nel Servizio Sanitario Nazionale.

Norma finale n. 5

Nel rispetto della programmazione regionale, le Aziende possono confermare o rinnovare i rapporti con i medici incaricati di attività territoriali programmate di cui al Capo IV del D.P.R. 270/2000, tenuto conto delle disposizioni in materia di compatibilità di cui al presente Accordo.

Norma finale n. 6

A far data dalla costituzione della AFT il fondo di cui all'articolo 43, comma 2, lettera D, qualora utilizzato per la organizzazione dello studio medico, deve prevedere l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) specifico per le figure professionali utilizzate di cui al all'articolo 43, comma 2, lettera D, punto II.

BOZZA

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

I medici titolari di incarico a tempo indeterminato di medicina dei servizi territoriali, che al momento dell'entrata in vigore del presente ACN abbiano un concomitante incarico di medico di cure primarie (a ciclo di scelta o ad attività oraria), in caso di superamento dell'orario complessivo settimanale di 38 ore, devono optare per uno dei due incarichi entro 6 mesi dalla data della comunicazione da parte dell'Azienda.

Norma transitoria n. 2

1. I medici già titolari di incarico convenzionale presso gli istituti penitenziari (ex SIAS) che al momento dell'entrata in vigore del presente ACN abbiano un concomitante incarico ai sensi del presente ACN di medicina generale (medico di cure primarie a ciclo di scelta o ad attività oraria; medico della medicina dei servizi territoriali), in caso di raggiungimento dell'orario complessivo settimanale di 38 ore, devono optare per uno dei due incarichi entro 6 mesi dalla data della comunicazione da parte dell'Azienda.
2. I medici già titolari di incarico presso gli istituti penitenziari conferito ai sensi del precedente Accordo non confluiscono nel ruolo unico di medico di cure primarie di cui all'articolo 27 del presente Accordo.

Norma transitoria n. 3

Fino all'entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali, per l'applicazione del rapporto ottimale, relativamente ai medici di cure primarie a ciclo di scelta e ad attività oraria, si fa riferimento ai parametri indicati agli articoli 33 e 64 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 4

Fino all'entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali, per l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato di medico di cure primarie a ciclo di scelta o ad attività oraria si applicano rispettivamente gli articoli 34 e 63 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 5

I procedimenti disciplinari, per i quali il Collegio arbitrale di cui all'articolo 30 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. alla data di entrata in vigore del presente Accordo abbia già provveduto alla audizione previa convocazione per la discussione del caso, continuano ad essere regolamentati dalle previgenti clausole contrattuali fino al provvedimento finale.

Norma transitoria n. 6

Fino alla costituzione del fondo di AFT ai medici aventi diritto continuano ad essere riconosciuti i compensi e le indennità di cui all'articolo 43, comma 2, lettera D, punto II nella misura e secondo i criteri di cui all'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 7

La valutazione secondo i punteggi previsti dall'Allegato 1 è applicata a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo.

Norma transitoria n. 8

I medici, già titolari di concomitante incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale alla data di entrata in vigore del presente Accordo, conservano i predetti incarichi anche in deroga al massimale di cui all'articolo 34, comma 7, nel limite fissato dall'articolo 65, comma 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 9

La clausola di cui all'articolo 20, comma 3, lettera f) trova attuazione dalla di entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 3, comma 4; fino a tale data continua ad applicarsi il disposto dell'art. 19, comma 3 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a verbale n. 1

Il terminale associativo è una struttura sindacale dotata del potere di rappresentanza della sigla a livello negoziale di riferimento. Si estrinseca nella sussistenza di una organizzazione, accreditata presso le amministrazioni di riferimento, che rispetti il principio di democraticità interno all'organizzazione sindacale.

Dichiarazione a verbale n. 2

L'attività del medico di cure primarie a ciclo di scelta, ancorché si avvalga delle prestazioni di collaboratore di studio, non possiede le caratteristiche di autonoma organizzazione in quanto è sottoposta ad una serie di vincoli convenzionalmente previsti:

- obbligatorietà di presenza settimanale in numero minimo di ore giornaliere di apertura del proprio studio;
- prescrizioni e controlli circa i requisiti dei locali adibiti ad esercizio dell'attività e della strumentazione in dotazione;
- limiti di anzianità per l'esercizio dell'attività;
- monitoraggio e verifiche continue dell'attività convenzionata;
- controlli della prescrizione con l'obbligo di adesione alle deliberazioni regionali ed aziendali circa l'indirizzo dell'attività.

Dichiarazione a verbale n. 3

Sulla base dei dati disponibili che mettono in evidenza, negli anni a venire, una ridotta disponibilità di medici con specifica formazione nell'area assistenziale della medicina generale, le parti si impegnano ad attivare un tavolo di lavoro per la definizione di criteri che servano ad individuare modalità di partecipazione all'attività assistenziale che prevedano un rapporto tra carico di assistiti e complessità del modello organizzativo in cui opera il medico convenzionato.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

- a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode: p. 1,00
- b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50
- c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: p. 0,30
- d) specializzazione in medicina interna o discipline equipollenti di cui alla tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.,
per ciascuna specializzazione: p. 2,00
- e) specializzazione in discipline affini a quella di medicina interna ai sensi del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i.,
per ciascuna specializzazione: p. 0,50
- f) titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni: p. 7,20
- g) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):
complessivamente p. 0,50
- h) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL):
complessivamente p. 0,25

II. TITOLI DI SERVIZIO:

- a) attività di medico di cure primarie a ciclo di scelta/medico di assistenza primaria fino alla data di entrata in vigore del presente ACN, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio,
per ciascun mese complessivo: p. 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

- b) servizio effettivo di medico di cure primarie ad attività oraria/medico di continuità assistenziale fino alla data di entrata in vigore del presente ACN, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione,
per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività. (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore): p. 0,20

- c) attività di sostituzione del medico di cure primarie a ciclo di scelta/medico di assistenza primaria solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera b),
per ciascun mese complessivo: p. 0,20
- d) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale,
per ogni mese di attività: p. 0,20
- e) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali,
per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20
- f) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti penitenziari,
per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20
- g) attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9 ottobre 1970, n. 740,
per ogni mese di attività: p. 0,20
- h) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate, valutabile fino alla data di entrata in vigore del presente ACN,
per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: p. 0,10
- i) attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende,
per ciascun mese complessivo: p. 0,20
- j) turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità dell'assistenza o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo,
per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,05
- k) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi,
per ciascun mese complessivo: p. 0,10
- l) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti,
per ciascun mese: p. 0,05
- m) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,
per ciascun mese p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva è stato svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

- n) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,
per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

- o) attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato,
per ogni mese di attività: p. 0,20
- p) servizio prestato presso aziende termali di cui all'art 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323, in qualità dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo,
per ciascun mese complessivo: p. 0,20
- q) servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di cure primarie e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430,
per ciascun mese complessivo: p. 0,20

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.
3. Relativamente al servizio calcolato su base oraria, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.
4. Il servizio effettivo indicato nel presente Allegato è determinato dalle sole ore di attività svolta ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria per gravidanza.
5. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo, ad eccezione del servizio di cui alla lettera j). In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di formazione specifica in medicina generale non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere d) ed e) del presente Allegato.
6. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
7. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente Allegato.

ALLEGATO 2 – CODICE DI COMPORTAMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE.

1. Il medico di medicina generale, tenuto conto della necessità di garantire la migliore qualità del servizio, nello svolgimento della propria attività deve, in particolare:
 - a) mantenere nei rapporti interpersonali con gli utenti e terzi un comportamento adeguato al proprio ruolo ed una condotta informata a principi di correttezza e rispetto ed astenersi da comportamenti lesivi della dignità della persona;
 - b) assicurare lo svolgimento dei propri compiti nel rispetto della normativa contrattuale, della legislazione vigente e, per quanto di pertinenza, dei programmi di attività concordati con l'Azienda Sanitaria;
 - c) assicurare la presenza in servizio nel rispetto del regolamento organizzativo della AFT o UCCP;
 - d) astenersi dal partecipare, nell'espletamento delle proprie funzioni, all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere direttamente o indirettamente interessi finanziari o non finanziari propri, del coniuge, dei parenti e degli affini entro il quarto grado e dei conviventi;
 - e) astenersi dal chiedere pagamenti non dovuti per prestazioni rese ai propri assistiti o agli utenti, o accettare omaggi o altre utilità per sé o per i propri familiari, se non nei limiti delle normali relazioni di cortesia e salvo quelli d'uso, purché di modico valore;
 - f) astenersi dal generare condizioni causa d'incompatibilità;
 - g) rispettare le norme di legge e le disposizioni contrattuali in materia di esercizio dell'attività libero professionale;
 - h) applicare le disposizioni vigenti in materia di attestazione di malattia e di certificazione per l'assenza per malattia;
 - i) assicurare il rispetto delle norme vigenti in materia di segreto d'ufficio, riservatezza e protezione dei dati personali;
 - j) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui disponga per ragioni d'ufficio;
 - k) non utilizzare beni e strumenti dell'Azienda, preordinati all'espletamento dell'attività istituzionale, per finalità private o diverse da quelle previste;
 - l) avere cura dei locali o altri beni strumentali affidati in ragione dell'attività prestata.

ALLEGATO 3 – SANZIONI DISCIPLINARI.

1. Le violazioni del Codice di comportamento dei medici di medicina generale danno luogo all'applicazione di sanzioni, avuto riguardo dei seguenti criteri:
 - a) intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrata, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;
 - b) rilevanza della infrazione e dell'inosservanza degli obblighi di legge e delle disposizioni contrattuali;
 - c) responsabilità connesse con la gravità della lesione al prestigio dell'Azienda e del Servizio Sanitario Nazionale;
 - d) grado di danno o di pericolo o di disservizio provocati a persone e a cose;
 - e) eventuale sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, anche connesse al comportamento tenuto complessivamente dal medico o al concorso nella violazione di più persone;
 - f) recidiva di sanzioni disciplinari nel biennio precedente.
2. Comportamenti che danno luogo a sanzioni:
 - a) rimprovero scritto, per:
 - I. infrazioni di lieve entità, a carattere occasionale, comprese quelle relative alle disposizioni sulle prescrizioni e proposte di trattamenti assistenziali;
 - II. inosservanza della normativa contrattuale e legislativa vigente, purché non abbia determinato un danno o ripercussioni negative per gli utenti o l'Azienda;
 - III. ingiustificata inosservanza dell'orario di apertura o di chiusura dello studio medico o mancato rispetto dell'orario di inizio e di fine dei turni;
 - IV. episodici comportamenti non conformi ai principi di correttezza e di rispetto;
 - V. irregolarità nella compilazione e tenuta della documentazione a carattere sanitario;
 - VI. **ottenimento di regali o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, di valore eccedente i 150 Euro nell'anno solare;**
 - b) sanzione pecuniaria, per:
 - I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato la sanzione del rimprovero scritto;
 - II. uso improprio delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;
 - III. assenza ingiustificata o arbitrario abbandono della sede di servizio senza conseguenze nei confronti degli utenti;
 - IV. comportamenti minacciosi, ingiuriosi o calunniosi nei confronti di utenti, colleghi o dipendenti aziendali;
 - V. violazione di obblighi da cui sia derivato disservizio agli utenti;
 - VI. violazione degli obblighi e compiti, stabiliti da norme legislative o da disposizioni contrattuali, che abbiano comportato danno economico o pregiudizio per l'Azienda;

- VII. **ottenimento di regali o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, di valore rilevante;**
- c) sospensione dall'incarico e dal trattamento economico, per:
- I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato sanzione pecuniaria;
 - II. sistematici e comprovati comportamenti aggressivi o denigratori; minacce, ingiurie gravi, calunnie o diffamazioni nei confronti degli utenti, dei colleghi, dell'Azienda e dei suoi dipendenti;
 - III. ripetute assenze ingiustificate dal servizio o arbitrario abbandono dello stesso; in tale ipotesi l'entità della sanzione è determinata in relazione alla durata dell'assenza o dell'abbandono del servizio, al disservizio determinatosi, alla gravità della violazione degli obblighi del medico, agli eventuali danni causati all'Azienda, agli utenti o a terzi;
 - IV. comportamento gravemente negligente od omissivo nella tenuta del Fascicolo Sanitario Elettronico e della restante documentazione sanitaria connessa all'espletamento della sua attività da cui sia derivato un danno per l'Azienda o per terzi;
 - V. violazione delle norme di legge in materia di prescrizione di farmaci, compresi i provvedimenti AIFA;
 - VI. testimonianza falsa o reticente nell'ambito di procedimenti disciplinari;
 - VII. atti e comportamenti lesivi della dignità della persona, ivi compresi quelli discriminatori e le molestie sessuali;
 - VIII. altre gravi violazioni non ricomprese specificatamente nelle lettere precedenti da cui sia comunque derivato grave danno all'Azienda;
- d) revoca dell'incarico con preavviso, per:
- I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato la sospensione del rapporto;
 - II. falsità documentali o dichiarative in costanza del rapporto di lavoro;
 - III. omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti indebiti benefici economici;
 - IV. **rilascio di false certificazioni di malattia, relative ad assenza dal lavoro, che attestino dati clinici non desunti da visita, in coerenza con la buona pratica medica;**
 - V. mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero professionale;
 - VI. accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi rese ai propri assistiti o agli utenti;
 - VII. mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad esclusione della fattispecie prevista dall'articolo 20, comma 3, lettera e);
 - VIII. condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;
 - IX. responsabilità penale, risultante da condanna passata in giudicato, per delitti commessi al di fuori dell'attività di medico convenzionato e non attinenti in via diretta al rapporto

di lavoro ma che per la loro specifica gravità non siano compatibili con la prosecuzione del suddetto rapporto;

- e) revoca dell'incarico senza preavviso, per infrazioni, relative agli obblighi deontologici, legali e convenzionali, o per fatti illeciti di rilevanza penale, di gravità tale da compromettere irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l'Azienda e da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.

In caso di revoca per i motivi di cui al presente comma, lettera d), punti VII, VIII e IX e lettera e), al medico non può essere conferito un nuovo incarico convenzionale ai sensi del presente ACN; negli altri casi di revoca, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi **quattro** anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.

3. **L'UPD può attivare la procedura di conciliazione, non obbligatoria, fuori dei casi per i quali è prevista la sanzione disciplinare della revoca dell'incarico, da instaurare e concludere entro un termine non superiore a trenta giorni dalla contestazione dell'addebito e comunque prima dell'irrogazione della sanzione. La sanzione, concordemente determinata all'esito di tali procedure, non può essere di specie diversa da quella prevista per l'infrazione per la quale si procede e non è soggetta ad impugnazione.**
4. I termini del procedimento disciplinare restano sospesi dalla data di apertura della procedura conciliativa e riprendono a decorrere nel caso di conclusione con esito negativo.
5. Il consenso del medico deve risultare da atto sottoscritto congiuntamente dalle parti.

2

prevedere possibilita' di sciopero telematico

ALLEGATO 4 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i medici di medicina generale in rapporto di convenzionamento con il SSN operanti secondo le previsioni del vigente ACN.
2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, indicando i livelli minimi essenziali di assistenza sanitaria territoriale e fissando i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli.
3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.
4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, i servizi pubblici da considerare essenziali nella presente area negoziale sono i seguenti:
 - a) cure primarie;
 - b) emergenza sanitaria territoriale;
 - c) medicina dei servizi territoriali;
 - d) assistenza negli istituti penitenziari.
2. Nell'ambito dei servizi essenziali del comma 1 è garantita, per ogni settore, nelle forme e nelle modalità di cui al successivo articolo 3, la continuità delle seguenti prestazioni indispensabili per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati:
 - a) cure primarie a ciclo di scelta: visite domiciliari urgenti, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali;
 - b) cure primarie ad attività oraria: visite domiciliari urgenti, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali, nonché quelle di cui all'articolo 40 del vigente ACN limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici;

- c) emergenza sanitaria territoriale: tutte quelle di cui all'articolo 61 del vigente ACN per gli aspetti inerenti il soccorso urgente;
- d) medicina dei servizi: tutte quelle rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale;
- e) assistenza negli istituti penitenziari: assistenza sanitaria urgente, comprensiva in ogni caso delle terapie non procrastinabili, presenza nei processi con rito direttissimo o con imputati detenuti per quelle cause e uscite per gravi motivi di sicurezza.

ART. 3

CONTINGENTI DI PERSONALE

1. Le prestazioni minime indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo vengono erogate da ciascun medico di cure primarie a ciclo di scelta in riferimento ai propri assistiti in carico.
2. In conformità ai protocolli di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli scioperi nell'area della medicina generale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. In ogni caso, per le prestazioni indispensabili relative alla emergenza sanitaria territoriale, va mantenuto in servizio il personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno in cui viene effettuato lo sciopero (contingente pieno).
3. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente ai medici di cure primarie ad attività oraria, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale e i medici operanti negli istituti penitenziari, con appositi protocolli d'intesa a livello decentrato, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui all'articolo 2 del presente Accordo, nonché per la loro distribuzione territoriale.

ART. 4

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.
2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".
3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i

Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenuti a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 5, comma 8.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:
 - a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 24 (ventiquattro) ore continuative anche per quei comparti organizzati per turni. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi; **ivi comprese le feste patronali**
 - b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno le 48 (quarantotto) ore consecutive. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare le 24 ore;
 - c) con esclusione del settore delle cure primarie a ciclo di scelta, che promuoverà sempre scioperi non inferiori ad una giornata lavorativa, gli scioperi orari della durata inferiore ad un giorno lavorativo si svolgeranno in un unico e continuo periodo, all'inizio o alla fine di ciascun turno, secondo l'articolazione dell'orario previsto nell'unità operativa di riferimento;
 - d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono altresì escluse forme surrettizie di sciopero quali le assemblee permanenti o forme improprie di astensione dal lavoro;
 - e) nel caso in cui l'astensione collettiva si svolga con forme di sciopero "virtuale" che prevedano la regolare prestazione lavorativa, è trattenuta una quota pari al 50% della retribuzione commisurata alla durata dell'astensione programmata. Tale trattenuta è destinata a finalità sociali indicate dall'organizzazione sindacale che indice l'azione di sciopero la quale ne darà comunicazione all'utenza attraverso gli organi di stampa;
 - f) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre organizzazioni sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.
5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:
 - nel mese di agosto;
 - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali Europee, nazionali e referendarie;
 - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali e comunali, per i singoli ambiti;

se
tele
mati
co
trate
nuta
remu
nera
zion
e ex
art
59
ter

- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
 - nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.
6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.
 7. La comunicazione di adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.
 8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine sciopero.
 9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai medici di cure primarie a ciclo di scelta una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 43 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, **da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.**

aggiungere: del 50%

ART. 5

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolgere le procedure di conciliazione sono:
 - a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;
 - b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;
 - c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle organizzazioni sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.
4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.
5. Il tentativo si considera altresì espletato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.

6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.
7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.
8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.
9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.
10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 4, comma 5.

ART. 6

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.
2. Il medico di medicina generale è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale.

ART. 7

SANZIONI

1. In caso di inosservanza delle disposizioni di cui alla Legge 12 giugno 1990, n. 146 e della Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché di quelle contenute nel presente Accordo, si applicano gli artt. 4 e 6 delle predette leggi.

ALLEGATO 5 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di cure primarie sono quelle elencate nel nomenclatore-tariffario del presente allegato.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio del medico di cure primarie a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio del medico deve essere adeguatamente attrezzato. Relativamente alle prestazioni di cui alla lettera C del nomenclatore-tariffario, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 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 codice fiscale dell'assistito.
5. Nel caso di prestazioni multiple o singole soggette ad autorizzazione dal Servizio, il medico deve inoltrare, insieme alla distinta riepilogativa delle prestazioni aggiuntive, la autorizzazione ed il modulo riepilogativo regionale di prestazioni multiple autorizzate.
6. Per le prestazioni rese, al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lettera "C". Nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.
7. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al comma 4.

NOMECLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

rivedere le tariffe

A) PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE:

1. Prima medicazione (*)	12,32
2. Sutura di ferita superficiale	3,32
3. Successive medicazioni	6,16
4. Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,32
5. Cateterismo uretrale nell'uomo	9,66
6. Cateterismo uretrale nella donna	3,59
7. Tamponamento nasale anteriore	5,62
8. Fleboclisi (unica eseguibile in caso di urgenza)	12,32
9. Lavanda gastrica	12,32

10. Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	6,16
11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)	9,21
12. Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)	0,64

B) PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA:

1. Ciclo di fleboclisi	9,21
2. Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	6,16
3. Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***)	1,23
4. Vaccinazioni non obbligatorie (****)	6,16

C) TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI DI NORMA ESEGUIBILI NELL'AMBITO DEGLI ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI.

1. Gli Accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico, di prestazioni aggiuntive retribuite, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato.

(*) Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(***) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(****) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'Azienda, lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. La vaccinazione antinfluenzale è compensata con la tariffa di cui al presente Allegato.

ALLEGATO 6 – ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.

ART. 1 – PRESTAZIONI DOMICILIARI

1. L'assistenza domiciliare programmata è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:
 - monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
 - controllo sulle condizioni igieniche e sul comfort ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
 - indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
 - indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
 - indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
 - collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
 - predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
 - attivazione degli interventi riabilitativi;
 - tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

ART. 2 – ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DOMICILIARE

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:
 - a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
 - b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
 - c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
 - I. insufficienza cardiaca in stadio avanzato;

- II. insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- III. arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
- IV. gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
- V. cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
- VI. paraplegici e tetraplegici.

ART. 3 – PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. La segnalazione del caso che necessita di assistenza domiciliare può essere effettuata alla Azienda dal medico di cure primarie a ciclo di scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.
2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico di cure primarie a ciclo di scelta con precisazione del numero degli accessi, e inviata o presentata al Distretto.
3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.
4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico di cure primarie a ciclo di scelta emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.
5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.
6. In caso di discordanza sul programma da parte del medico dell'Azienda, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico di cure primarie a ciclo di scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'approvazione entro 7 giorni.
7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
8. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 4 – RAPPORTI CON IL DISTRETTO

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:

- a) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);
- b) la periodicità settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico di cure primarie a ciclo di scelta al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;
- c) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica, che necessitano al soggetto.

ART. 5 – COMPENSO ECONOMICO

1. Al medico di cure primarie a ciclo di scelta oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a €. **18,90** per accesso dallo 01.01.2000.
2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

ART. 6 – MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al Distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato. In caso di sostituzione gli accessi sono retribuiti al medico sostituto come previsto all'articolo 32, comma 6.
2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del **paziente.** **scheda a carico della asl**
3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 – DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di cure primarie a ciclo di scelta che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare.
3. Sulla base di apposito Accordo regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

ART. 8 – VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

ART. 9 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

BOLLA

ART. 1 – PRESTAZIONI

1. L'assistenza domiciliare integrata è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:
 - a) di medicina generale;
 - b) di medicina specialistica;
 - c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
 - d) di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
 - e) di assistenza sociale.
2. L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la integrazione professionale tra i diversi professionisti di cui al presente ACN e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente.
3. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

ART. 2 – DESTINATARI

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.
2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di cure primarie a ciclo di scelta in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:
 - malati terminali;
 - malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
 - incidenti vascolari acuti;
 - gravi fratture in anziani;
 - forme psicotiche acute gravi;
 - riabilitazione di vasculopatici;
 - riabilitazione in neurolesi;
 - malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
 - dimissioni protette da strutture ospedaliere.

ART. 3 - PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di cure primarie a ciclo di scelta, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di Distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:
 - a) medico di cure primarie a ciclo di scelta;
 - b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
 - c) servizi sociali;
 - d) familiari del paziente.
2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del Distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico di cure primarie a ciclo di scelta per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.
3. Ove il medico del Distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico di cure primarie a ciclo di scelta, deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico di cure primarie a ciclo di scelta e ai familiari dell'assistito interessato.
4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di cure primarie a ciclo di scelta concordano:
 - a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
 - b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
 - c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;
 - d) la cadenza degli accessi del medico di cure primarie a ciclo di scelta al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
 - e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.
5. Il medico di cure primarie a ciclo di scelta nell'ambito del piano di interventi:
 - ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
 - tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
 - attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;
 - coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

ART. 4 – SOSPENSIONE

1. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico di cure primarie a ciclo di scelta che dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

ART. 5 - TRATTAMENTO ECONOMICO

1. Al medico di cure primarie a ciclo di scelta, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'articolo 43 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di €. 18,90 dallo 01.01.2000.
2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.
3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.
4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata in residenze protette e collettività.

ART. 6 - MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al Distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.
3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.
4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 - DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di cure primarie a ciclo di scelta che eroga l'assistenza domiciliare integrata.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata.

ART. 8 - RIUNIONI PERIODICHE

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove riunioni periodiche con i responsabili dell'attività sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato Aziendale al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.
2. Alla riunione possono essere invitati i medici di cure primarie a ciclo di scelta in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.
3. Il medico di cure primarie a ciclo di scelta tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

ART. 9 – VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di cure primarie a ciclo di scelta.

ART. 10 – CONTROVERSIE

1. Eventuali controversie in materia di Assistenza Domiciliare Integrata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di cure primarie a ciclo di scelta membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
2. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 11 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

PROGRAMMA

Poiché per le due situazioni cliniche di emergenza estrema, rappresentate dall'arresto cardiocircolatorio e dal grave politraumatismo, è di primaria importanza garantire un intervento qualificato da parte del personale addetto al soccorso, nel programma del corso per i medici dell'Emergenza saranno inserite le Linee Guida riguardo alla sequenza delle procedure di BLS (*Basic Life Support*=Sostegno delle Funzioni Vitali) e di ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*) nei casi di arresto cardiocircolatorio secondo l'*American Heart Association* e l'*European Resuscitation Council* e le Linee Guida dell'ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) nei casi di pazienti traumatizzati dell'*American College of Surgeons*, organismi scientifici, internazionali ed autorevoli, che periodicamente provvedono ad una revisione critica e ad un aggiornamento dei protocolli in base all'evoluzione delle conoscenze.

Il corso deve comunque perseguire il raggiungimento, da parte dei discenti, dei seguenti obiettivi:

1. Saper assistere un paziente:

- al domicilio;
- all'esterno;
- su di un mezzo di soccorso mobile;
- in ambulatorio.

2. Saper diagnosticare e trattare un paziente:

- in arresto cardio circolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS)
- con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia)
- politraumatizzato o con traumatismi maggiori (drenaggio toracico, manovre di decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.)
- grande ustionato (da fattori chimici o da calore)
- in stato di shock
- in coma o altre patologie neurologiche
- con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato)
- con aritmia cardiaca
- con E.P.A.

- con emorragie interne ed esterne (emofetie, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)
 - in caso di folgorazione o annegamento
 - in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta
 - in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)
 - in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)
 - in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)
3. Conoscere le tecniche di estrazione e di immobilizzazione di un paziente traumatizzato;
 4. Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento della traumatologia "minore" (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);
 5. Conoscere le implicazioni medico legali nell'attività dell'emergenza (responsabilità nei diversi momenti operativi);
 6. Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)
 7. Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);
 8. Essere a conoscenza dell'organizzazione dei servizi comunque coinvolti nell'emergenza territoriale.
 9. Essere formato al Corso *dispatch emergency medical*.

Per quanto riguarda la parte pratica questa dovrà essere svolta presso ospedali che siano forniti di almeno:

1. Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d'Urgenza
2. Rianimazione
3. Cardiologia e Terapia intensiva
4. Ortopedia
5. Centrale Operativa funzionante e disponibilità di mezzi di soccorso

Inoltre dovranno naturalmente essere individuati i materiali e gli strumenti da usare come supporti didattici (manichini per massaggio cardiaco esterno, intubazione oro-tracheale, incannulamento di vene centrali, seminari per la discussione di "casi" tratti dalla realtà o simulati, esercitazioni in collaborazione con i vigili del fuoco, ecc.).

La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" viene effettuata mediante prova scritta e orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale dell'Azienda che organizza il corso.

Ai candidati che avranno superato favorevolmente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di idoneità all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale.

ALLEGATO 9 – MODALITÀ DI CALCOLO DELLA TRATTENUTA MEDIA VALIDA AI FINI DELLA RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE

Il calcolo è operato dalla SISAC procedendo alla individuazione della trattenuta media di ciascun sindacato rappresentativo secondo la rilevazione di rappresentatività effettuata al 01/01 dell'anno precedente. La trattenuta media si ottiene rapportando il dato del totale annuo trattenuto e riversato in favore di ciascuna O.S. al rispettivo numero delle deleghe rilevate come da seguente esempio:

$$\frac{\text{TOTALE ANNUO TRATTENUTO RILEVATO NELLA RILEVAZIONE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}}{\text{NUMERO DI DELEGHE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}} = \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \alpha$$

Tra le trattenute medie annue di ciascun sindacato ($\alpha, \beta, \gamma, \dots$) si determina la media semplice ed il risultato è diviso per due.

$$\frac{\text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \alpha + \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \beta + \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \gamma + \dots}{\text{NUMERO SINDACATI RAPPRESENTATIVI DERIVANTI DALLA RILEVAZIONE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}} \div 2$$

ALLEGATO 10 – MEDICINA DI INIZIATIVA.

1. La medicina di iniziativa prevede l'interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e addestramento ed un *team* mono/multiprofessionale. Assicura, sulla base di un piano di cura personalizzato attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne l'evoluzione e prevenirne le complicanze e consiste in un richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo a quanto previsto dal piano di cura.
2. Il *team* monoprofessionale è composto dai medici della AFT, dal personale appositamente formato a svolgere sia i compiti segretariali che quelli di supporto alle attività cliniche, valutative e di *empowerment* del paziente. Nell'ambito del regolamento di AFT possono essere individuati medici "esperti" in specifici ambiti clinici, che possano svolgere un ruolo di interfaccia con i colleghi della AFT al fine di favorire il loro sviluppo di competenze e conoscenze in quel determinato ambito ed anche in grado di svolgere un ruolo da "*first opinion*" relativamente alla clinica ed alla diagnostica di primo livello.
3. Il *team* multiprofessionale è composto dal medico di AFT e dai professionisti della UCCP di riferimento individuati nel piano di cura per la gestione del caso.
4. Per ogni AFT si identificano i cittadini affetti da condizioni di rischio, patologie croniche e condizioni di disagio socio-assistenziale a cui assicurare assistenza, assegnandoli, sulla base della gravità e gravosità dello stato di salute, a due gruppi di pazienti:
 - a) pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di importanti problemi socio-assistenziali;
 - b) pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali.
5. I pazienti di cui al comma 4, lettera a) sono presi in carico e assistiti prevalentemente dal *team* monoprofessionale di AFT o dal *team* multiprofessionale di UCCP in relazione alla erogazione delle prestazioni previste dallo specifico PDTA.
6. I pazienti di cui al comma 4, lettera b) sono assistiti dal *team* monoprofessionale di AFT o dal *team* multiprofessionale di UCCP e dal Distretto per le problematiche socio-assistenziali.
7. Il piano individuale di cura dettaglia le attività cliniche, valutative, di *empowerment* e *family learning* necessarie per ogni specifico paziente, la periodicità della loro ripetizione e individua le figure professionali del *team* deputate ad eseguire le succitate attività e a determinare la periodicità dei momenti di rivalutazione comune.
8. Il responsabile clinico della formulazione e della applicazione del PDTA è il medico di scelta del paziente.

aggiungere:

i mmg aderiscono per realizzare la presa in carico dei malati cronici. il medico opportunamente formato verra' valutato e retribuito sulla scorta degli indicatori relativi agli obiettivi di salute.

la forma associativa potrà garantire e mettere a disposizione le prestazioni necessarie allo sviluppo dei PDTA, cio' potrà avvenire con risorse dei distretti ovvero essere fornite dalla medicina generale secondo modalita da concordare in ambiti regionali visto l'art 24 ACN, anche in telemedicina.

Spetta alle ASL la verifica e controllo anche ai fini retributivi.