

D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 (1).
Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto l'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante norme per la disciplina del rapporto fra il Servizio sanitario nazionale e i medici di medicina generale, da instaurarsi attraverso apposita convenzione di durata triennale conforme all'accordo collettivo nazionale stipulato con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale;

Visto l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, che individua la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardante il personale sanitario a rapporto convenzionale;

Visto il provvedimento n. 706 del 18 giugno 1999, della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di nomina della delegazione di parte pubblica;

Visto l'articolo 17, comma 1, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, così come modificata e integrata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati;

Preso atto che è stato stipulato, in data 9 marzo 2000, un accordo collettivo nazionale regolante il trattamento normativo ed economico dei medici di medicina generale, sottoscritto in pari data dalla delegazione di parte pubblica e dai sindacati F.I.M.M.G., S.N.A.M.I. e intesa sindacale S.U.M.A.I. - S.I.M.E.T. - C.I.S.L. Medici/C.O.S.I.M.E.;

Visto il parere n. 106/1991 del 12 settembre 1991 con il quale il Consiglio di Stato, in adunanza generale, ha precisato che gli accordi collettivi nazionali per il personale sanitario a rapporto convenzionale sono resi esecutivi su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 4 maggio 2000;

Considerato che i rilievi espressi dal Consiglio di Stato appaiono superabili, anche alla luce dei provvedimenti di attuazione della delega di cui all'articolo 10, comma 1, secondo periodo, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 luglio 2000;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro della sanità;

Emana il seguente regolamento:

1. 1. È reso esecutivo l'accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, stipulato il 9 marzo 2000, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 412/1992 e dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dai D.Lgs. n. 517/1993 e D.Lgs. n. 229/1999.

Sottoscritto il 9 marzo 2000.

Dichiarazione Preliminare.

Il riordino del Servizio Sanitario nazionale, avviato dai D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 e D.Lgs. 29 giugno 1999, n. 229, comporta una riorganizzazione complessiva dell'area della medicina generale ed accentua il ruolo delle Regioni, delle Aziende e delle organizzazioni sindacali nelle loro diverse articolazioni territoriali per stimolare la crescita di una dinamica innovativa che migliori la qualità dell'assistenza e che contribuisca allo sviluppo di una cultura e di un modo di operare teso all'uso appropriato dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Il medico di medicina generale è parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva e opera a livello distrettuale per l'erogazione delle prestazioni demandategli dal Piano Sanitario Nazionale, come livelli di assistenza da assicurare in modo uniforme a tutti i cittadini, nell'ambito dei principi e secondo le modalità scaturite dalla programmazione regionale, dal presente accordo e dagli accordi regionali da stipulare ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992, come successivamente modificato ed integrato.

La sua valorizzazione e il suo responsabile impegno costituiscono strumenti fondamentali da utilizzare per la realizzazione di obiettivi tesi a coniugare qualità e compatibilità economica.

Il presente accordo regola, oltre che l'assistenza di medicina generale in un contesto di continuità e globalità, anche aspetti relativi al coinvolgimento del medico nella organizzazione distrettuale ed alla sua partecipazione alle attività delle aziende, mirate ad una più appropriata definizione dell'intervento sanitario, sensibile alle sollecitazioni che provengono da ampi strati della popolazione coinvolti in problematiche che afferiscono ai diversi settori della pubblica amministrazione.

È quindi necessario uno strumento che abbia una doppia caratterizzazione nel senso che da una parte garantisca certezza di tutela sanitaria, dall'altra sia flessibile ed adattabile alle esigenze mutevoli della collettività.

In questo scenario in divenire l'accordo tenta di consolidare ulteriormente la struttura della medicina generale e di aprire nuove strade alla creatività organizzativa delle istituzioni e delle rappresentanze sociali che operano nell'area, affrancandole da uno schematismo convenzionale tradizionalmente rigido.

Da tale contesto è esaltato e sollecitato il ruolo innovativo delle Regioni, cui vengono affiati, attraverso la possibilità di promuovere e stipulare appositi accordi, ampi ed esclusivi spazi di contrattazione in merito a:

- forme e modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione delle prestazioni, quali l'associazionismo medico, i processi assistenziali per protocolli correlati alle patologie sociali, gli interventi specifici per la popolazione anziana al proprio domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività, l'assistenza sanitaria aggiuntiva e diversamente strutturata a tossicodipendenti, malati di AIDS, malati mentali. A queste possibilità si aggiungono quelle per le procedure di verifica della qualità dell'assistenza, per lo svolgimento dell'attività di ricerca epidemiologica, per la didattica, per l'acquisizione di dati sanitari, per l'attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale e presidi delle Aziende sanitarie anche attraverso il collegamento tra studi professionali e centri unificati di prenotazione;

- economicità della spesa. Nell'ambito dei principi ispiratori della più recente e fondamentale produzione giuridica in materia sanitaria, a partire dal riordino del Servizio Sanitario Nazionale, una particolare attenzione è dedicata alla previsione di modalità per concordare livelli di spesa programmati e per responsabilizzare il medico al loro rispetto. L'accordo segna il punto di passaggio da una sperimentazione lasciata alla spontaneità degli interessati alla indicazione di una serie di criteri-guida come principi di riferimento nella stipulazione delle intese.

L'accordo tende a superare la frammentazione della medicina generale in comparti categoriali separati da fonti normative diverse, unificando l'area e consentendo, di conseguenza, di disciplinarla in una visione unitaria, obiettivo necessitato anche dalla entrata in vigore dal 1° gennaio 1995 della nuova disciplina sull'accesso alla medicina generale esercitata nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per la quale è stato compiuto lo sforzo di superare l'attuale difficile fase di transizione da un libero sistema d'accesso ad un sistema nazionalizzato dai decreti legislativi n. 256/1991 e n. 368/1999 fondato su un processo formativo professionalmente specifico.

Nell'accordo ai principi ed istituti che riguardano la generalità dei medici di medicina generale si affiancano le parti dedicate alla medicina primaria da mettere a disposizione di tutti i cittadini, alla garanzia della assistenza continuativa nelle 24 ore giornaliere, ad una risposta professionale

qualificata al verificarsi di una situazione di emergenza, alla predisposizione di uno strumento snello per eventuali attività di medicina generale da espletare nei servizi distrettuali ed, infine, agli ambiti rimessi alla contrattazione regionale.

È da sottolineare che viene ribadita ed ulteriormente disciplinata, nella parte relativa all'impegno nelle attività di emergenza sanitaria territoriale, la precedente disciplina già prevista all'interno del D.P.R. n. 484/1996, prevedendo un sistema di programmazione aziendale dei corsi di formazione dei medici strettamente legato al fabbisogno dell'azienda stessa, in modo da creare risorse di personale qualificato effettivamente utilizzabili.

In questo senso l'accordo può, anche, costituire un utile strumento, per realizzare le «Linee guida per l'emergenza sanitaria territoriale», d'iniziativa del Ministro della Sanità, nella parte riguardante la rete territoriale di servizi per l'emergenza sanitaria.

L'esigenza di realizzare il monitoraggio delle iniziative e la loro valutazione, su tutto il territorio nazionale, è stata soddisfatta con la previsione di un «Osservatorio nazionale» presso il Ministero della Sanità nel quale tutti i soggetti coinvolti possano trovare, oltretutto un riferimento chiarificatore di problematiche applicative, che saranno certamente presenti per la novità di tanti istituti, anche una sede ove possa svilupparsi il confronto tra i vari soggetti interessati e l'osservazione degli accordi regionali e dei loro risultati e promuovere e supportare con il coinvolgimento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, l'avvio delle trattative e le relative conclusioni degli Accordi regionali.

L'Accordo, inoltre, attua i principi affermati sotto vari profili dal decreto legislativo n. 229/1999 che prevede specifiche norme per:

- a) riaffermare la globalità dell'intervento sul territorio a livello distrettuale, attraverso la predisposizione da parte delle Aziende del «Programma delle attività distrettuali» e l'inserimento nello stesso di tutte le attività concernenti la medicina generale;
- b) la partecipazione in via sperimentale fino a che le Regioni non avranno approvato le nuove leggi di organizzazione delle Aziende sulla base dei principi del decreto legislativo n. 229/1999, alle équipes territoriali multidisciplinari per valutazioni multidimensionali delle necessità assistenziali e la selezione del trattamento più idoneo;
- c) il coinvolgimento del medico di medicina generale nelle problematiche distrettuali concernenti la sua partecipazione attiva al monitoraggio delle relative attività e alla osservazione degli aspetti gestionali relativi all'uso delle risorse assegnate al distretto;
- d) lo sviluppo della funzione di verifica dell'appropriatezza nell'uso delle risorse assegnate al distretto e la regolamentazione dell'intervento nei casi di inosservanza delle indicazioni della Commissione Unica del Farmaco;
- e) la disciplina della libera professione prevedendo i casi in cui essa è consentita, le sue limitazioni ed i connessi obblighi del medico;
- f) la nuova disciplina della formazione professionale basata sulla previsione di crediti formativi obbligatori e degli effetti in caso di mancato conseguimento;
- g) l'adeguamento della struttura del compenso alla previsione del decreto legislativo 229/99, prevedendo una quota fissa, per i compiti tradizionali del medico di medicina generale, una quota variabile, corrisposta come investimento per lo sviluppo della medicina territoriale, destinata a promuovere la pratica dell'associazionismo, l'uso del collaboratore ed infermiere di studio, l'informatizzazione dello studio professionale con obbligo di gestione della scheda sanitaria e stampa delle prescrizioni, ed una ulteriore quota variabile per lo svolgimento di attività ed erogazione di prestazioni finalizzate a realizzare compiutamente gli obiettivi della programmazione nazionale, regionale ed aziendale.

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la medicina generale compiti di medicina preventiva individuale e familiare, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.

A tal fine, al medico della medicina generale - che è parte attiva, qualificante e integrata del S.S.N. nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia - sono affidati in una visione promozionale nei confronti della salute, compiti di:

A. Assistenza primaria, anche nell'ambito familiare, con l'impostazione di un programma diagnostico e terapeutico ed eventualmente riabilitativo facendo ricorso a tutti i supporti che la tecnologia offre.

B. Assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettività, che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o ammalati cronici, di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero e di pazienti in fase terminale, coordinando l'assistenza domiciliare.

C. Continuità assistenziale, compresa l'emergenza sanitaria territoriale, onde garantire in maniera permanente la globalità dell'assistenza primaria. Tale continuità si realizza anche attraverso l'integrazione con gli altri servizi e presidi distrettuali ed ospedalieri e con l'utilizzazione di sistemi informativi per la fornitura di dati necessari per il buon andamento del servizio in termini di efficacia ed efficienza.

D. Educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale, che ha come obiettivi la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria. Al medico di medicina generale possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale da espletare nel proprio ambulatorio ovvero secondo orari predeterminati anche nell'ambito dei servizi e presidi direttamente gestiti dalla Azienda.

E. Ricerca, sia in campo clinico che epidemiologico, e didattica, sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione.

Il medico di medicina generale partecipa alle procedure di verifica della qualità delle prestazioni, alla individuazione e al perseguimento degli obiettivi del distretto e alla elaborazione di linee guida volte anche all'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

CAPO I - PRINCIPI GENERALI

Articolo 1

Campo di applicazione.

1. La presente convenzione nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura fra le Aziende unità sanitarie locali - di seguito denominate Aziende - ed i medici di medicina generale, per lo svolgimento dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

- a) assistenza primaria di medicina generale;
- b) continuità assistenziale;
- c) attività territoriali programmate;

in un quadro normativo di responsabilizzazione del medico di medicina generale per la tutela della salute dei cittadini che lo hanno scelto.

Essa regola inoltre, secondo le disposizioni del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia, le attività di:

- a) medicina dei servizi;
- b) emergenza sanitaria territoriale.

2. La presente convenzione nazionale definisce le attività assistenziali correlate ai livelli essenziali e uniformi di assistenza indicati dalla programmazione sanitaria nazionale e Regionale.

3. Individua, inoltre, gli ambiti di contrattazione rimessi alla trattativa regionale ed a quella aziendale.

4. Il rapporto di lavoro di cui al comma 1 può essere instaurato da parte delle Aziende solo con i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai D.Lgs. 8 agosto 1991, n. 256 e D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368.

Articolo 2

Graduatoria regionale.

1. I medici da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dal presente accordo sono tratti da una graduatoria unica generale per titoli, predisposta annualmente a livello regionale, a cura del

competente Assessorato alla Sanità. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione della graduatoria.

2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria di cui al precedente comma 1, devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:

a) iscrizione all'albo professionale;

b) essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai D.Lgs. 8 agosto 1991, n. 256 e D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368.

3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria annuale i medici devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'assessorato alla sanità della regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

4. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.

5. Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria o autocertificazione o dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

6. La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.

7. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, predispone una graduatoria regionale da valere per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito, la residenza ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 e al decreto legislativo 17 agosto 1999 n. 368.

8. La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

9. La graduatoria regionale è approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla sanità.

Articolo 3

Titoli per la formazione delle graduatorie.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione delle graduatorie sono elencati qui di seguito con l'indicazione del punteggio attribuito a ciascuno di essi:

I - Titoli accademici e di studio: a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e lode p. 1,00b) diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109 p. 0,50c) diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104p. 0,30d) specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza p. 2,00e) specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza p. 0,50f) attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del decreto legislativo n.256/1991 e delle corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/1999 p. 7,20II - Titoli di servizio a) Attività di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978 e dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502/9192 compresa quella svolta in qualità di associato: per ciascun mese complessivo p. 0,20Il punteggio è elevato a 0.30 per l'attività nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

b) attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. 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 ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c): per ciascun mese complessivo p. 0,20c) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività p. 0,20 (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore); c1) servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale: per ogni mese di attività p. 0,20c2) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi: per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore di attività p. 0,20c3) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore p. 0,10d) attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi del presente accordo: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività p. 0,05e) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo p. 0,20f) 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. 0,10Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva è svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico ;f1) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo, per ciascun mese p. 0,10g) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: per ciascun mese complessivo p. 0,10h) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: per ciascun mese p. 0,05i) astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della medicina generale (fino ad un massimo di mesi cinque): per ciascun mese p. 0,20. Tale punteggio è elevato a 0,30 al mese se l'astensione per gravidanza e puerperio è concomitante ad incarico di medicina generale a tempo indeterminato nella regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento.

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio le frazioni di mese superiori a 15 giorni anche non continuativi (pur con le limitazioni di cui al precedente comma 1, titoli di servizio, lettera b) sono valutate come mese intero. Relativamente al servizio di guardia medica e continuità assistenziale di cui al capo III, alla medicina dei servizi e alle attività programmate di cui al Capo IV del presente accordo, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un complesso di ore di attività superiore a 48.

1. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.

2. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, il voto di laurea, l'anzianità di laurea, e, infine, la minore età.

3. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

4. Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati, secondo le procedure di cui al presente Accordo, nel corso dell'anno 2000, le Regioni, fatto salvo il disposto di cui all'art. 20, comma 4, lettera a), e dell'art. 49, comma 2, lettera a), riservano nel proprio ambito, sulla base di un accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale:

a) una percentuale variabile dal 60% al 80% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.Lgs. n. 256/1991 e delle norme corrispondenti di cui al D.Lgs. n. 368/1999;

b) una percentuale variabile dal 40% al 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente, in corrispondenza alla percentuale di cui alla lettera a).

5. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva di aspiranti.
6. Gli aspiranti alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti e degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione di cui al precedente comma 6, fatto salvo il disposto di cui al comma 7.
7. Ai fini del disposto del precedente comma 8, gli aspiranti alla assegnazione degli incarichi vacanti o degli ambiti territoriali carenti dichiarano, all'atto della relativa domanda, la riserva per la quale intendono concorrere.
8. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al precedente comma 6 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.

Articolo 4

Incompatibilità.

1. Ai sensi dell'art. 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 qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, ad eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14 giugno 1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12 agosto 1993, n. 296;
- b) eserciti attività che possano configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitino attività che possano configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;
- c) svolga attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato o accreditato;
- d) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;
- e) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni.

2. È inoltre, incompatibile il medico che:

- a) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta;
- b) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- c) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o che abbiano rapporti contrattuali con aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni: tale incompatibilità opera nei confronti dei medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali solo nei confronti dei propri assistiti, e determina le conseguenti limitazioni del massimale;
- d) intrattenga con una azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e sue successive modificazioni ed integrazioni;
- e) sia iscritto o frequenti il corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/1991 e al D.Lgs. n. 368/1999;
- f) sia iscritto o frequenti i corsi di specializzazione di cui ai D.Lgs. n. 257/1991 e D.Lgs. n. 368/1999;
- g) fruisca di trattamento di quiescenza a qualsiasi titolo. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che sono in tale condizione alla data di pubblicazione del presente Accordo, di quelli previsti al comma 7 dell'art. 25, e di quelli che fruiscono del trattamento di quiescenza del solo fondo generale dell'ENPAM.

3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. n. 626/1994, fermo quanto previsto dall'art. 25 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi, fatte salve le scelte già in essere.

4. Non è consentito ai medici convenzionati ai sensi del presente accordo di detenere più di due rapporti convenzionali tra quelli da esso previsti.

5. La sopravvenuta, contestata e accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente articolo comporta, sulla base delle procedure di cui al successivo articolo 16, la cessazione del rapporto convenzionale.
6. La Azienda dispone, mediante i propri servizi ispettivi, i controlli idonei ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilità, anche in corrispondenza della comunicazione del medico di cui all'art. 7, commi 1 e 2 del presente Accordo.
7. L'accertata situazione di incompatibilità deve essere contestata al medico titolare di incarico non oltre 30 giorni dal suo rilievo, ai sensi di quanto disposto dal successivo articolo 16.
8. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del medico incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 2, deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente o incarico vacante.

Articolo 5

Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale.

1. Il medico deve essere sospeso dagli incarichi della medicina generale:

- a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 16;
- b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art. 9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;
- c) per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonché nei casi di servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;
- d) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 16 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, che abbiano durata complessiva superiore a 30 giorni consecutivi;
- e) in caso di emissione, da parte della Autorità Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della libertà personale, quali arresti domiciliari, custodia cautelare in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attività convenzionale o nel territorio dell'azienda, che impediscano il corretto svolgimento dell'attività convenzionata di studio e domiciliare;
- f) partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale.

2. Il medico è sospeso dalle attività di medicina generale:

- a) in caso di malattia o infortunio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;
- b) in corso di gravidanza e puerperio, per tutto il periodo di astensione obbligatoria previsto dalla legge;
- c) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del medico di incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi nel Distretto a tempo pieno, ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso.

3. Il medico di medicina generale ha diritto ad usufruire di sospensione parziale dell'attività convenzionale, con sua sostituzione part-time e per periodi anche superiori a sei mesi, comunque non superiori a tre anni nell'arco di cinque, per:

- a) allattamento;
- b) adozione di minore;
- c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
- d) assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilità pari al 100% e titolari di indennità di accompagnamento.

4. Nei casi di cui al precedente comma 2 e 3 la sospensione dell'attività di medicina generale non comporta la sospensione del rapporto convenzionale né soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini della anzianità di servizio.

5. I periodi di sospensione del rapporto convenzionale non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del S.S.N.

6. I rapporti economici tra medico sostituito e sostituto, nei casi di cui al comma 3, sono regolati secondo l'Allegato C del presente Accordo proporzionalmente alla parte temporale di attività del medico sostituito.

7. Nei casi previsti dal comma 1 il medico deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda secondo le modalità stabilite dall'art. 23 comma 6, dall'art. 55 comma 2, dall'art. 67 comma 3 e dall'allegato n. all'art. 10.
8. Nei casi previsti dai commi 2 e 3 il medico deve farsi sostituire seguendo le modalità previste dall'art. 23, comma 1, dall'art. 55, comma 1, dall'art. 67 e dall'allegato N, art. 10.
9. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1 lettera e) e sospeso temporaneamente ai sensi del comma 1 lettera b), conserva, fino a sentenza di primo grado in caso di sospensione in seguito a provvedimento dell'autorità giudiziaria, il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/2 dell'ultima mensilità maturata prima del provvedimento di sospensione.
10. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1, lettera e), dalla data di condanna di primo grado a quella di secondo grado, conserva il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/3 dell'ultima mensilità relativa alla quota fissa del compenso percepita prima del provvedimento di sospensione relativa al provvedimento in atto.
11. I compensi di cui ai commi 9 e 10 sono erogati fatta salva l'azione di rivalsa in caso di condanna passata in giudicato e di conferma della sospensione dall'incarico.
12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.
13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneità di efficacia in tutte le sedi di attività del medico, anche di Aziende diverse.
14. Fatte salve le sospensioni d'ufficio del rapporto o dell'attività convenzionale e quelle dovute a malattia, infortunio o a cause non prevedibili, la comunicazione da parte del medico della sospensione deve essere effettuata con un preavviso minimo di 15 giorni.

Articolo 6

Cessazione del rapporto convenzionale.

1. Il rapporto tra le Aziende e i medici di medicina generale cessa:
 - a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.Lgs. n. 229/1999, che è facoltà del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massima di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 503;
 - b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 16;
 - c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso;
 - d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 4;
 - e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 22;
 - f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei medici competente per territorio.
2. L'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente accordo e dagli accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso, e l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente accordo, contestati secondo le procedure previste dall'articolo 16, comporta il venir meno del rapporto col Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 502/1992, e successive modificazioni.
3. Il medico che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di assistenza primaria non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 150 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento è adottato dalla competente azienda, sentiti l'interessato e il comitato di cui all'art. 11.
4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2 nonché, nel caso di cui al punto e) del comma 1, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione.

5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.
6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.

Articolo 7

Comunicazioni del medico all'Azienda.

1. Il medico di medicina generale è tenuto a comunicare sollecitamente alla azienda competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui al precedente art. 2, o con la dichiarazione di cui al comma successivo nonché l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dall'art. 4 al fine di regolarizzare la propria posizione individuale.
2. In ogni caso la azienda competente può richiedere al medico una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale e gli aspetti economici (v. allegato «L»). Il medico nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non è tenuto a inviare la richiesta dichiarazione, salvo quella richiesta per la prima volta dopo la pubblicazione dell'accordo nazionale.
3. Salve modalità diverse concordate a livello regionale, in caso di astensione dall'attività assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, il medico convenzionato è tenuto a comunicare alla Azienda l'eventuale non adesione all'agitazione prima delle 24 ore precedenti l'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma.
4. Tale comunicazione non è dovuta, da parte dei medici iscritti a sindacati firmatari del presente Accordo:
 - a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente ACN;
 - b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.
5. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.
6. La trattenuta dei compensi di cui al comma 5 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.
7. Il medico iscritto ad un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 3.

Articolo 8

Formazione continua.

1. La formazione continua del medico di medicina generale comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente come definite dall'art. 16-bis, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 502/1992, come successivamente modificato.
2. L'aggiornamento professionale, come definito dall'articolo su citato, è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutta l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali.
3. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze ed abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

4. Il medico di medicina generale partecipa alle iniziative formative programmate e organizzate dalle Regioni, sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati dalla «Commissione nazionale per la formazione continua» e degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale definiti dalle Regioni stesse, secondo quanto stabilito dall'art. 16-ter del su richiamato decreto legislativo.

5. Al medico di medicina generale sono assegnati crediti formativi secondo i criteri definiti dalla «Commissione nazionale per la formazione continua» e dalle norme vigenti.

6. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 1, del suddetto decreto legislativo, la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico di medicina generale ai sensi del presente Accordo.

7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo già citato, al medico di medicina generale che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale non possono essere assegnate nuove scelte fino al conseguimento di detto minimo formativo.

8. Il medico è tenuto a frequentare obbligatoriamente i corsi destinati a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio. Il venir meno a tale obbligo per due anni consecutivi comporta la attivazione delle procedure di cui all'art. 16 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

9. Ai sensi dell'art. 16-ter, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992 come successivamente modificato, le Regioni:

- a) prevedono appropriate forme di partecipazione degli ordini professionali;
- b) provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;
- c) concorrono alla individuazione degli obiettivi di interesse nazionale indicati dal comma 2 dell'articolo già citato;
- d) elaborano gli obiettivi di specifico interesse regionale e accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale.

10. Le Aziende provvedono alla attuazione ed organizzazione dei corsi prevedendo:

- a) idonee modalità per la rilevazione dei bisogni dei medici;
- b) lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi;
- c) la partecipazione di medi e piccoli gruppi anche integrati con altre figure professionali;
- d) appropriate modalità per la valutazione della qualità dei corsi;
- e) idonee modalità per la valutazione formativa dei partecipanti, in adesione ai criteri di certificazione della qualità e di acquisizione dei crediti formativi.

11. I temi della formazione obbligatoria saranno scelti, nel rispetto delle indicazioni della «Commissione nazionale per la formazione continua», in modo da rispondere:

- a) ai bisogni organizzativi del servizio (programmi obiettivo), azioni programmate, qualità e quantità delle prestazioni patologie emergenti, ecc.;
- b) ai bisogni professionali dei medici (evoluzione delle conoscenze scientifiche);
- c) ai bisogni emergenti dalla attuazione degli accordi regionali di cui al capo VI.

12. I corsi, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, tenendo conto delle indicazioni della Commissione nazionale per la formazione continua, si svolgono il sabato mattina per almeno 10 sabati per almeno 40 ore annue; al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi. L'Azienda adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità assistenziale durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti convenzionati per l'assistenza primaria hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico dell'Azienda.

L'Azienda provvede ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di competenza dei medici di medicina generale a rapporto orario, durante la partecipazione ai corsi, qualora l'orario dei corsi non sia compatibile con lo svolgimento del servizio.

13. Le Aziende al termine di ciascun corso rilasciano un attestato relativo alle materie del corso frequentato, a titolo di credito didattico.

14. Con accordi a livello regionale tra la Regione e Sindacati medici di medicina generale maggiormente rappresentativi, sentiti gli Ordini dei Medici e la Società professionali della medicina

generale, saranno prese iniziative per definire:

- a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici di medicina generale;
- b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina generale;
- c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;
- d) i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco;
- e) le modalità ed i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 16-ter, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni.

15. Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

16. L'attività di animatore non comporta riduzione del massimale individuale.

17. A cura della Regione gli animatori in formazione sono iscritti in apposito elenco regionale tenuto dall'Assessorato regionale alla sanità.

18. I corsi di cui ai commi precedenti sono a carico del S.S.N. Le Regioni stabiliscono annualmente le risorse finanziarie destinate alla formazione continua.

19. Il medico di medicina generale, previa comunicazione alla azienda e salvi rimanendo gli obblighi relativi alla partecipazione alle iniziative di formazione continua previste dalle disposizioni degli articoli 16, 16-bis, 16-ter, 16-quater del D.Lgs. n. 502/1992, come successivamente modificato, ha la facoltà di partecipare a proprie spese a corsi non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati dalla commissione di cui all'art. 16-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, limitatamente alla quota parte corrispondente ai bisogni professionali dei medici e cioè fino alla concorrenza della metà del tempo previsto per l'aggiornamento.

Articolo 9

Diritti sindacali.

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente accordo e da normative nazionali o regionali, è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli Accordi regionali e le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della pubblica amministrazione.

2. Tale onere è a carico della Azienda di iscrizione del medico.

3. I rappresentanti nazionali, regionali e provinciali dei sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi, i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i medici eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale possono avvalersi, con oneri a loro carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici con compenso orario. Detto compenso, onnicomprensivo, non può essere inferiore al costo globale orario previsto dall'accordo per gli incarichi a rapporto orario per le attività territoriali, ex art. 48 L. n. 833/1978.

4. A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato viene riconosciuta la disponibilità di 3 ore annue per ogni iscritto.

5. La segreteria nazionale o regionale del sindacato comunica ogni anno alle aziende interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità della quota parte di orario spettante, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

6. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del comma 5 comunica alla propria Azienda il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari alla misura tabellare iniziale prevista dall'accordo per gli incarichi a rapporto orario per le attività territoriali ex art. 48 L. n. 833/1978. Tale attività non si configura

come rapporto di lavoro continuativo. Il compenso è direttamente liquidato dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

7. Nel caso di medico convenzionato a rapporto orario l'Azienda provvede al pagamento del medico di cui al comma 5 sulla base del suo orario di incarico.

Articolo 10

Rappresentatività sindacale.

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della «maggiore rappresentatività», ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e, sottolineata la necessità di garantire il più alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni ed Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.

2. Le consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai medici convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale, accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno

ed è trasmessa, entro il mese di febbraio, mediante comunicazione delle stesse Aziende, per tramite dell'Assessorato Regionale alla Sanità di appartenenza, al Ministero della Sanità - Servizio Rapporti Convenzionali con il Servizio Sanitario Nazionale ed alle Segreterie Nazionali delle OO.SS.

3. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale.

4. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa è riferita ai dati rilevati nell'anno precedente.

5. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le

organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.

6. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali l'elenco

dei medici ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.

7. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in conto corrente intestato ai tesoriери dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.

8. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.

9. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 5 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli

Accordi regionali.

10. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali in possesso dei requisiti

di rappresentatività di cui al comma 5 a livello regionale. Da tale requisito si prescinde per le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo purché in possesso del requisito di rappresentatività di cui al comma 5 a livello aziendale.

11. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 5 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è unico e partecipa alle trattative e alla stipula degli

accordi come unica organizzazione sindacale.

Articolo 11

Comitato aziendale.

1. In ciascuna azienda, o àmbito diverso definito dalla Regione previo parere favorevole delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, è costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, a norma dell'art. 10. Il Direttore generale o

suo delegato provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni 3 mesi, anche su richiesta

di una delle parti.

Il comitato aziendale esprime pareri obbligatori:

- a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 25;
- b) motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 27, comma 3;
- c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera e);
- d) deroghe di cui all'art. 21, comma 10, all'obbligo di residenza;
- e) variazione degli àmbiti di scelta;
- f) individuazione delle zone disagiate;
- g) ogni altro parere previsto dal presente Accordo e dagli Accordi regionali ed aziendali.

3. Inoltre il comitato aziendale è preposto alla definizione degli accordi aziendali e ad ogni altro incarico attribuitogli dal presente accordo o da accordi regionali o aziendali.

4. Il comitato esprime pareri sui rapporti convenzionali di assistenza primaria, di continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi e attività programmate territoriali.

5. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato aziendale.

Articolo 12

Comitato regionale.

1. In ciascuna regione è istituito un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 10. L'Assessore regionale alla sanità, o suo delegato, provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni 3 mesi, anche su richiesta di una delle parti.

2. Il comitato permanente è preposto:

- a) alla definizione degli accordi regionali;
- b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo e degli accordi regionali;
- c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
- d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da medici di medicina generale, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.

3. L'attività del comitato permanente è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'accordo nazionale e degli accordi regionali ed è sede di osservazione degli accordi aziendali.

4. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato regionale.

Articolo 13

Osservatorio consultivo permanente.

1. Con Decreto del Ministro della Sanità è istituito, entro tre mesi dalla data di pubblicazione del

presente Accordo sulla Gazzetta Ufficiale, nell'ambito del Servizio rapporti convenzionali con il S.S.N.,

un Osservatorio consultivo permanente che ha il compito di:

- rilevare ed esaminare le eventuali questioni interpretative ed applicative derivanti dall'applicazione dell'accordo nazionale e degli Accordi regionali, anche attraverso il monitoraggio delle deliberazioni dei

Comitati regionali;

- analizzare il rapporto di conformità degli accordi regionali con quello nazionale;

- monitorare raccordandosi, ove necessario, con le strutture organizzative del Ministero della Sanità e con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, i risultati raggiunti dagli Accordi regionali per favorirne

l'attuazione su tutto il territorio nazionale ai fini di migliorare l'assetto funzionale della medicina generale, nonché le problematiche relative alla formazione;

- curare la fornitura dei dati nazionali richiesti dalle Regioni;

- promuovere e supportare con il coinvolgimento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, l'avvio delle trattative e le relativa conclusione, degli Accordi decentrati regionali previsti dal presente Accordo.

2. L'Osservatorio esamina altresì i problemi scaturenti da provvedimenti legislativi e da pronunce della magistratura che incidano direttamente nella disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'accordo.

3. L'Osservatorio ha sede presso il Ministero della Sanità - Servizio per i rapporti convenzionali con il

S.S.N. - ed è composto:

- dal Dirigente Generale del Servizio rapporti convenzionali con il S.S.N., con funzioni di Presidente,

o da un suo delegato;

- da 6 membri designati dagli Assessori regionali alla Sanità componenti la delegazione di parte pubblica, dei quali uno è il capo della delegazione regionale trattante la stipula della convenzione o suo

delegato;

- da 7 rappresentanti dei medici convenzionati di medicina generale, indicati dai sindacati maggiormente rappresentativi individuati sulla base della rappresentatività di cui al comma 5 dell'art.

10, con criterio di proporzionalità tra essi.

4. Le funzioni di segretario dell'osservatorio sono svolte da un funzionario amministrativo ministeriale.

5. L'Osservatorio si riunisce di norma all'inizio di ogni trimestre su convocazione del Presidente o a seguito di richiesta motivata inoltrata da una delle parti firmatarie dell'accordo.

6. Di ogni riunione sarà redatto apposito verbale che verrà trasmesso ad ogni buon fine a tutte le parti

firmatarie ed a tutte le Regioni e Province Autonome per gli eventuali incombenti di rispettiva competenza.

7. La partecipazione alle riunioni dei componenti l'Osservatorio non comporta oneri economici ad alcun titolo a carico del Ministero della Sanità.

8. Ai lavori possono essere invitati esperti o altri rappresentanti delle parti firmatarie in relazione agli argomenti trattati.

9. Le Regioni inviano all'Osservatorio copia degli accordi regionali stipulati nelle materie di cui al presente accordo.

10. Ai medici di medicina generale che partecipano alle riunioni dell'Osservatorio consultivo permanente è riconosciuto il rimborso di cui al comma 1 dell'articolo 9 del presente Accordo e con le

modalità dallo stesso previste.

Articolo 14

Programmazione e monitoraggio delle attività.

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, nell'ambito

delle risorse assegnate al distretto per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtù della autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda, il «Programma delle attività territoriali» nel rispetto delle

normative regionali, prevede:

a) le attività di medicina generale previste dal decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3-quinquies

e dal Piano Sanitario Nazionale, approvato con il D.P.R. 23 luglio 1998 - cioè assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi - ed il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria di finanziamento erogata alla Azienda dalla Regione;

b) altre attività territoriali pertinenti la medicina generale e attività intersettoriali, cui partecipa la medicina generale, definite dagli Accordi regionali ed aziendali, con la indicazione dello specifico finanziamento.

2. Le attività territoriali riguardanti la medicina generale di cui alla lettera b) del comma 1, sono in particolare:

a) attività di formazione, informazione, e revisione fra pari dei medici di medicina generale;

b) prestazioni aggiuntive dei medici di medicina generale, comprese quelle informatiche, di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;

c) servizi di supporto alla attività dei medici di medicina generale, di tipo strutturale, strumentali e di

personale;

d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;

e) progetti obiettivo nazionali, regionali ed aziendali;

f) progetti a livello di spesa programmato;

g) sviluppo delle forme associative nelle condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica;

h) sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei medici di medicina generale;

i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici ed assistenziali;

j) conferenze di consenso nell'ambito del distretto;

k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio;

l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

3. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 è assicurato dalla Azienda, sulla base di linee di

indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:

a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la medicina generale non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli accordi

regionali ed aziendali;

b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai medici di medicina generale;

c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la medicina generale;

d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del medico nella Azienda stessa o in altra Azienda.

4. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, pur nel rispetto dei principi di unitarietà e di

intersettorialità del «Programma delle attività distrettuali», il Direttore del distretto, unitamente ai propri

collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso

concernenti la medicina generale, da un medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di

coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto.

5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:

- a) l'andamento, per la parte concernente la medicina generale è indicata ai commi 2 e 3, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;
- b) l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note della Commissione unica del farmaco (CUF), anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.

6. I soggetti di cui al comma 4 assumono iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione

di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell'art. 72.

7. Le Aziende assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

Articolo 15

Equipes territoriali.

1. In attesa che le Regioni disciplinino il distretto e la sua organizzazione secondo le prescrizioni ed i

principi degli articoli 3-quater e 3-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, come successivamente modificato,

le Regioni stesse e le Aziende possono prevedere in via sperimentale la istituzione di équipes territoriali, finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, secondo gli indirizzi

dei successivi commi.

2. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale, intesa come organismo operativo distrettuale, viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operatività della stessa per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal «Programma delle attività distrettuali», che comprende oltre ai livelli obbligatori

di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali ed aziendali.

3. L'équipe territoriale è:

- a) strumento attuativo della programmazione sanitaria;
- b) momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

4. Al fine di assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della équipe territoriale fanno parte le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo già citato:

- a) l'assistenza primaria;
- b) la continuità assistenziale;
- c) la pediatria di libera scelta;
- d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) la medicina dei servizi;
- f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

5. L'intervento coordinato ed integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:

- a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
 - b) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
 - c) tutela dei disabili ed anziani;
 - d) patologie in fase terminale;
 - e) patologie da HIV;
 - f) tutela della salute mentale;
 - g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
6. L'attività interdisciplinare ed integrata dell'équipe territoriale si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la predisposizione di un programma di lavoro:
- a) finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali ed appropriati di assistenza, da specifici programmi e progetti assistenziali;
 - b) proposto dagli operatori interessati o dal Direttore del distretto;
 - c) concordato tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del distretto;
 - d) che indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
 - e) la possibilità di operare modifiche durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione sui risultati conseguiti.

Articolo 15-bis

Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse.

1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:
- a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed in attesa della definizione di linee guida consensuali, come previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e dall'art. 14, comma 2, lettera i);
 - b) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
 - c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.
2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.
3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto-legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si applicano le procedure ed i principi di cui ai

successivi commi.

4. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 14, comma 4,

deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito

delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un

medico individuato dal direttore sanitario della Azienda.

5. 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.

6. 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 S.S.N.;

c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota CUF, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita,

dall'emanazione ufficiale della nota CUF o di altra legittima norma.

Articolo 15-ter

Struttura del compenso.

1. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera d), del D.Lgs. n. 502/1992 come successivamente modificato,

la struttura del compenso del medico di medicina generale si articola:

a) quota fissa oraria - in relazione a quanto previsto dai rispettivi capi del presente Accordo - o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni

definite dal presente accordo, modulata in rapporto alle classi di età individuate all'articolo 45;

b) un quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f) dell'art. 8, comma

1 del decreto legislativo sopra richiamato;

c) una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste nel presente accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla

lettera f) sopra richiamata.

2. Le modalità di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite, nel rispetto dei

principi generali di cui al presente articolo, dai successivi artt. 45, 57, 61, 68, e, per quanto di competenza, dagli Accordi regionali ed aziendali.

Articolo 16

Responsabilità convenzionali e violazioni. Collegio arbitrale.

1. I medici convenzionati di medicina generale sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti

previsti dal presente accordo e dagli accordi regionali e aziendali. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze

di altri operatori dell'Azienda.

2. Le violazioni danno luogo, secondo la gravità dell'infrazione, all'applicazione delle seguenti sanzioni:

a) richiamo verbale, per lievi infrazioni comprese quelle occasionali relative alle norme sulla prescrizione e sulla proposta;

b) richiamo con diffida per la ripetizione di lievi infrazioni e per infrazioni di una certa gravità;

c) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la

durata massima di sei mesi per infrazioni di media gravità o per reiterate (oltre la seconda) applicazioni

della sanzione di cui alla precedente lettera b);

d) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 6 giorni e non superiore a sei mesi, in particolare per:

- gravi infrazioni anche finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;

- omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità, limitazioni di massimale o benefici economici;

- recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;

e) revoca per infrazioni particolarmente gravi compresa quella di cui all'art. 6, comma 2, o per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto.

3. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a

conoscenza, e lo sente a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per

la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi 15 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito.

4. Il Direttore generale, valutate le controdeduzioni addotte dal medico in sede di difesa, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato

entro 15 giorni dalla sua assunzione. Qualora siano trascorsi inutilmente i 15 giorni dalla convocazione

per la difesa o entro tale termine non sia stata ricevuta alcuna controdeduzione, il Direttore generale dà corso alla irrogazione della sanzione e alla sua notifica all'interessato entro 10 giorni.

5. Il medico, ricevuta la notifica della sanzione, può impugnarla nei confronti del Direttore generale della Azienda entro 30 giorni dal ricevimento, anche a mezzo di procuratore, chiedendo che la controversia sia sottoposta al giudizio del Collegio arbitrale.

6. Il Collegio è composto da tre arbitri:

- uno con funzioni di Presidente, individuato nel Presidente dell'Ordine dei medici della provincia capoluogo di Regione o suo delegato. Nel caso in cui il medico, sottoposto a procedimento, sia iscritto

all'Ordine con sede nel capoluogo di Regione il Presidente designato delega, con atto formale, un Presidente dell'Ordine dei medici di altra provincia della Regione;

- uno nominato dal medico;

- uno nominato dal Direttore generale della azienda, di norma scelto fra i dipendenti della stessa Azienda.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario dell'azienda sanitaria locale di riferimento.

7. Ricevuta l'impugnazione con la richiesta di devolvere al Collegio arbitrale la decisione sulla controversia, il Direttore generale della azienda entro 10 giorni:

- sospende l'applicazione della sanzione;

- individua il membro di nomina aziendale ed acquisisce l'atto di accettazione dell'incarico;
- richiede al Presidente dell'Ordine del capoluogo di Regione il nominativo del Presidente del Collegio;
- il Presidente dell'ordine deve rispondere entro 10 giorni dal ricevimento;
- ricevuta la comunicazione del nominativo del presidente, il Direttore generale dell'azienda costituisce, entro 10 giorni il Collegio arbitrale, dispone la notifica della deliberazione ai membri del Collegio e al medico interessato e la trasmissione di tutti gli atti riguardanti il caso al presidente.

Questi

convoca entro 8 giorni dal ricevimento della notifica, con allegati gli atti, il Collegio arbitrale.

Le parti hanno diritto di:

- essere ascoltate dal Collegio arbitrale;
- presentare al Collegio ulteriori documenti e memorie inerenti il caso.

8. Il Collegio, udite le parti se ne hanno fatta richiesta e acquisita l'eventuale documentazione dalle stesse prodotta, emette il lodo entro 7 giorni dalla seduta e ne dà comunicazione a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento alle parti interessate.

9. L'Azienda ricevuto il deliberato del Collegio si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

10. I termini previsti dal presente articolo sono perentori.

11. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992, come successivamente modificato.

12. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 2, lett. d), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto, fatta salva la corresponsione al medico

sostituito dei compensi di cui all'art. 45, lett. A3.

13. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi due anni dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro commissione.

14. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.

Articolo 17

Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione.

1. Nel campo dell'assistenza primaria sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/1990,

art. 2, comma 2, le visite domiciliari urgenti e l'assistenza domiciliare integrata, nonché le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali.

2. Nel campo della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale, oltre a quelle previste

dal precedente comma 1 per quanto di competenza, sono prestazioni indispensabili gli interventi di cui

agli artt. 52 e 65, limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici.

3. Le prestazioni di cui ai commi 1 e 2, in caso di sciopero della categoria dei medici di medicina generale convenzionati, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui ai

commi 4, 6 e 7.

4. Il diritto di sciopero dei medici di medicina generale convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

5. I medici di medicina generale che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 16.

6. Le organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

a) nel mese di agosto;

b) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;

c) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi àmbiti territoriali;

d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;

e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

7. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

8. In conformità agli accordi di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli scioperi dei medici di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale, 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, come sopra

individuati, 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.

9. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo

l'accordo sono stabiliti, relativamente agli addetti della continuità assistenziale dell'emergenza sanitaria,

con apposite intese a livello regionale, 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 al comma 1, nonché per la loro distribuzione territoriale.

Articolo 18

Durata dell'accordo.

1. Il presente accordo ha durata triennale e scade il 31 dicembre 2000.

Capo II - L'assistenza primaria

Articolo 19

Rapporto ottimale.

1. La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/1978, nei limiti

oggettivi dell'organizzazione sanitaria.

2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria è organizzata in via prioritaria per àmbiti comunali, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/1978.

3. Le regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in àmbiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti.

4. Ciascuna Azienda, anche ai fini dello svolgimento delle procedure di cui all'art. 3, cura la tenuta degli elenchi dei medici convenzionati per l'erogazione dell'assistenza primaria, i quali, ai fini dell'esercizio della scelta del medico da parte del cittadino, sono articolati nei medesimi àmbiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 2 e 3.

5. L'àmbito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 5.000 abitanti. Per motivi geografici, di viabilità, di distanza tra comuni, di difficile percorrenza delle

vie di comunicazione, di parcellizzazione degli insediamenti abitativi o per altre valide condizioni, le

Regioni possono individuare àmbiti territoriali con popolazione inferiore a 5.000 unità ma comunque

mai inferiore a 3.500.

6. Nei comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale si fa riferimento

alla popolazione complessiva residente nel comune, sulla base dei parametri di cui al comma 9.

7. La determinazione del numero dei medici iscrivibili in comuni comprendenti più Aziende, viene determinata sommando i medici iscrivibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale sulla base della propria

popolazione di riferimento. Eventuali frazioni di popolazione di ciascuna Azienda, inferiori a 500 abitanti, possono concorrere, sommandosi, alla determinazione di carenza di medici nell'intero àmbito

comunale, da dichiararsi da parte della o delle Aziende con il resto più elevato.

8. Il medico operante in un comune comprendente più Aziende, fermo restando che può essere iscritto

nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte in tutto l'àmbito comunale ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

9. Ferma restando la facoltà delle Regioni di disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina

generale secondo parametri diversi definiti nell'àmbito degli accordi regionali, ai sensi dell'art. 8, lett.

h), D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, per ciascun àmbito territoriale, definito ai sensi del

comma 3, può essere iscritto soltanto un medico per ogni 1000 residenti o frazione di 1000 superiore a

500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

10. Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni o autolimitazioni di massimali già dichiarate ed esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo, derivanti dall'applicazione dell'art. 25 a carico dei singoli medici già iscritti nell'elenco. Per l'applicazione delle norme in materia di

rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato B.

11. Ai fini della determinazione dei medici iscrivibili nell'elenco, l'Azienda, utilizzando l'elenco di cui

all'art. 30 comma 4, scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 9) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'àmbito territoriale, abbiano effettuato

la scelta del medico in altro àmbito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'àmbito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

12. In tutti i comuni dell'àmbito territoriale di cui ai commi 2 e 3, in tutte le circoscrizioni e nelle zone

con oltre 500 abitanti di àmbiti territoriali dichiarati carenti ai sensi del successivo articolo 20, comma

1, sentito il Comitato Consultivo di Azienda, deve esser comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente, nell'ordine di inserimento, degli ultimi medici inseriti.

13. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa

riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

14. In caso di modifiche di àmbito territoriale il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese

quelle che vengono a far parte di un àmbito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si

trova inserito, fatti salvi il rispetto dei massimali o quote individuali e il diritto di scelta degli assistiti.

15. Fatto salvo quanto previsto al comma 9, nell'ambito degli Accordi regionali stipulati con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, possono essere individuate

specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche

sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva

del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale.

Articolo 20

Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria individuati rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle

singole Aziende, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 19.

2. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.

3. La indicazione di cui al precedente comma 2 costituisce vincolo alla apertura di uno studio di assistenza primaria nella zona indicata, vincolo che si potrae per un periodo di anni 3 dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l'Azienda, nel pubblicare gli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:

a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di

assistenza primaria di altra regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e

da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico

non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta

per attività di continuità assistenziale. 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.

5. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti

territoriali carenti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q o Q/3.

6. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio

attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente,

anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo

schema allegato sub lettera «L».

7. Al fine del conferimento degli incarichi negli àmbiti territoriali carenti i medici di cui alla lettera b)

del precedente comma 4 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 2;

b) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'àmbito 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 alla attribuzione dell'incarico;

c) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'àmbito 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 alla attribuzione dell'incarico.

8. Le graduatorie per l'assegnazione degli àmbiti territoriali carenti vengono formulate sulla base dell'anzianità e dei punteggi relativi ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente lo o gli àmbiti territoriali per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

9. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, dei medici aventi titolo, secondo la graduatoria, al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

11. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli àmbiti territoriali dichiarati carenti per i quali egli ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico

disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato.

12. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera

a) del comma 4 in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera

b), dello stesso comma 4 in base all'ordine risultante all'applicazione dei criteri di cui al comma 7 e sulla base del disposto di cui al comma 6 e 7 dell'articolo 3 del presente Accordo.

13. L'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli àmbiti territoriali carenti ai

sensi del comma 4, lettera a), è determinata sommando:

a) l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della assistenza primaria della Regione, detratti i

periodi di eventuale cessazione dell'incarico;

b) l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorché già compresa nell'anzianità di cui alla

lettera a).

14. La Regione che attribuisce l'incarico ai sensi del comma 4, lettera a) ad un medico proveniente da

altra Regione comunica alla regione di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal successivo comma 17.

15. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12 e nel rispetto dei precedenti commi, può

adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

16. È cancellato dalla graduatoria regionale, ai soli fini del conferimento degli incarichi di assistenza

primaria, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1.

17. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un àmbito territoriale carente avvalendosi della

facoltà di cui al comma 4 lettera a), accetta l'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.
18. La Regione può individuare e assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.

Articolo 21

Instaurazione del rapporto convenzionale.

1. Il medico interpellato ai sensi dell'art. 20 deve, a pena di decadenza, indicare e dichiarare, in sede di

convocazione, l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico.

2. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico,

invia gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce l'incarico a tempo indeterminato, condizionato al possesso dei requisiti di cui al comma 3, con provvedimento del Direttore Generale, che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, ricevimento dal quale decorre il termine di 90 giorni previsto dal comma successivo.

3. Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 2, il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al comma 10, deve:

- aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 20, comma 2, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 22 e darne comunicazione alla Azienda;

- richiedere il trasferimento della residenza nella zona assegnatogli, se risiede in altro Comune;

- iscriversi all'Albo Professionale della provincia in cui gravita l'ambito carente assegnatogli, se è iscritto in altra provincia. In tal caso è sufficiente documentarla presentazione della domanda di trasferimento dall'Ordine di provenienza.

4. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il Comitato ex art. 11, temporanee proroghe al termine di cui al comma 3, entro il limite massimo di ulteriori sessanta giorni.

5. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui

all'art. 22 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

6. Le procedure di cui al comma 5 si applicano anche nei casi di apertura di ulteriori studi professionali, per l'espletamento dell'attività convenzionata di cui al presente Accordo, nel contesto del

medesimo ambito territoriale e nel caso di variazione di ubicazione dello studio convenzionato per l'assistenza primaria in altro locale all'interno del medesimo ambito territoriale.

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 di 15 giorni di cui al comma 5, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende

di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.

8. Il medico al quale sia definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto

nell'elenco relativo all'ambito territoriale carente della Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa.

9. Al fine di favorire l'inserimento di medici negli ambiti territoriali carenti, con particolare riguardo a

quelli disagiati, la Azienda può, su richiesta del medico, consentire la 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, dell'ambulatorio pubblico, sono oggetto di apposite determinazioni da concordarsi nell'ambito degli Accordi Regionali di cui al Capo VI.

10. Fatte salve diverse determinazioni regionali, nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza in altro comune

rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del Comitato di cui all'art. 11 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

11. Al medico è fatto divieto di esercitare le attività convenzionate ai sensi del presente accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto, escluso il caso di

cui all'art. 19, comma 14.

12. Al medico, al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per

il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza primaria nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui

elenco il medico è iscritto.

Articolo 22

Requisiti e apertura degli studi medici.

1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio sanitario nazionale e

concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute

del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non

convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di

assistenza primaria, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle

prestazioni del servizio cui all'art. 45, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio

professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del medico di medicina generale è

uno studio professionale privato che, destinato in parte allo svolgimento di un pubblico servizio, deve

possedere i requisiti previsti dai seguenti commi.

2. Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature

indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi

igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate.

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

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad

autorizzare, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione

tra le due strutture.

5. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di

continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore

funzionamento dell'assistenza. In relazione a particolari esigenze assistenziali l'Azienda può richiedere,

previo parere del Comitato aziendale di cui all'art. 11, la revisione dell'orario.

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

giorni dalla avvenuta variazione.

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

Articolo 23

Sostituzioni.

1. Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando

l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si

protragga per più di tre giorni consecutivi. Il sostituto deve dichiarare di non trovarsi in situazione di

incompatibilità prevista dall'articolo 4, salvi diversi accordi regionali che stabiliscono anche il limite

delle scelte che possono essere poste a carico del medico sostituto.

2. Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte

del medico sostituito, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo.

3. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 4; dal 31° giorno corrispondono i compensi

direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione negli elenchi

dei convenzionati e secondo il trattamento economico previsto per il medico sostituito.

4. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalle norme del regolamento allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale, compresa la relativa documentazione.

5. Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non possa essere effettuata dal medico di medicina generale, sia svolta da un medico iscritto negli elenchi dei pediatri di libera scelta, i compensi

allo stesso sono corrisposti secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.

6. Il medico, che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informare la

Azienda, la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nella graduatoria di cui all'art. 2, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i medici

- residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito. In tale caso i compensi spettano fin dal primo giorno della sostituzione al medico sostituto, salvo quanto previsto dall'art. 16, comma 12.
7. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
8. Tranne che per i motivi di cui all'art. 5, commi 1, 2 e 3, del presente Accordo e per mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico, sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art. 11, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.
9. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.
10. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 6.
11. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa.
12. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli accordi Regionali e da quelli Aziendali.
13. In caso di decesso del medico convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il medico fosse già sostituito, il sostituto già incaricato al momento del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al medico deceduto per non più di 30 giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

Articolo 24

Incarichi provvisori.

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili, la Azienda, sentito il comitato ex art. 11, può conferire ad un medico residente nell'ambito territoriale carente, scelto nel rispetto della graduatoria regionale, un incarico temporaneo.
2. Tale incarico, di durata comunque inferiore a otto mesi, cessa la sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento, e non può comunque essere rinnovato allo stesso medico prima che siano trascorsi 30 gironi dalla sua cessazione. Al medico di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi della fascia iniziale di anzianità di cui all'art. 45, lettera A.
3. L'incarico di cui al comma 1 non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli medici iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale non supera le 300 unità. In tal caso si applica il disposto del comma 3 dell'articolo 25.
4. Ai medici di cui al precedente comma 1 che siano chiamati a ricoprire un incarico provvisorio la Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso, ed usualmente utilizzata, nell'ambito territoriale relativo.

5. Qualora in un ambito territoriale si determinino le condizioni previste al precedente comma 1, la Azienda è tenuta ad informare, entro 20 giorni dall'evento, i cittadini interessati dalla carenza di assistenza della necessità di procedere ad una nuova scelta del medico tra tutti quelli incaricati nell'ambito territoriale interessato, anche attraverso annunci sui quotidiani, manifesti nei comuni e negli altri luoghi pubblici e, ove ritenuto opportuno, mediante comunicazione diretta agli assistiti.

Articolo 25

Massimale di scelte e sue limitazioni.

1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari 1.500 unità.
2. I medici che avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale di 1.800 scelte ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 rientrano nel massimale di 1.500 scelte gradualmente mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
3. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 11, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi del punto 5, comma 3, dell'art. 48 della Legge n. 833/1978, e per un tempo determinato, non superiore comunque a mesi sei.
4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga altre attività orarie compatibili con tale iscrizione, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, tenuto conto del disposto dell'articolo 44 del presente Accordo in materia di libera professione strutturata. Per quanto riguarda i medici della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e dell'emergenza sanitaria territoriale si applicano le limitazioni previste dai rispettivi Capi.
5. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario compatibili con quelle di cui al presente Accordo e per attività di libera professione strutturata si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 1.500 scelte per 40 ore settimanali.
6. I medici possono autolimitare il proprio massimale, che non può essere inferiore a 1.000 scelte, fatte salve autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di pubblicazione del presente accordo e fino a che le singole posizioni soggettive restino immutate. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.
7. Ai medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/1993, convertito nella legge n. 423/1993, è consentita la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/1991), alle condizioni e nei limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, così come disposto dal precedente articolo 19.
8. Ai medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14 giugno 1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12 giugno 1993, n. 296 che accettano l'incarico di cui al precedente art. 20, è consentito acquisire scelte fino alla concorrenza di un massimale di 500 scelte.
9. Ai medici di cui al comma 8, che alla data di pubblicazione del presente Accordo detenevano un numero di scelte superiore a 500 e fatto divieto di acquisire ulteriori scelte. Per tali medici l'Azienda

dispone il rientro nei limiti del massimale di cui al comma 8 mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.

10. Le disposizioni di cui ai commi 8 e 9 non si applicano ai medici che, soggetti alla norma relativa,

rinunciano all'incarico compatibile entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente Accordo.

11. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi,

non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello

ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

Articolo 26

Scelta del medico.

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

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

caratteristiche della attività professionale (ubicazione ed orario dello studio, aderenza a forme associative, ecc.).

3. Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per sé e

per i propri familiari o soggetti anagraficamente conviventi il medico di fiducia fra quelli iscritti nell'elenco, definito ai sensi dell'art. 19, relativo all'ambito territoriale di residenza.

4. L'Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 11 e acquisita l'accettazione del

medico di scelta, può consentire che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco

diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito

graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolano la normale

erogazione dell'assistenza.

5. La scelta per i cittadini residenti ha validità annuale, salva revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.

6. Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo

di 1 anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta è espressamente prorogabile.

7. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la

scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 2 anni, nel rispetto dei tempi di

validità dei permessi di soggiorno. Anche tale scelta è espressamente prorogabile.

8. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito già in carico al medico di medicina generale possono

effettuare la scelta a favore dello stesso medico anche in deroga al massimale o quota individuale, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare.

9. Le scelte in deroga, comunque acquisibili, non possono superare in nessun caso il 5% del massimale individuale del medico, fermo restando quanto previsto dell'art. 25, comma 2.

Articolo 27

Revoca e rikusazione della scelta.

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda.

Contemporaneamente alla revoca l'assistito deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Modalità per garantire la continuità dell'assistenza tra medico revocato e medico scelto, nel primario interesse del cittadino, sono disciplinate nell'ambito degli Accordi regionali.

3. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo rikusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale revoca deve essere motivata

da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b) del D.Lgs. n.

502/1992 e successive modificazioni. Tra i motivi della rikusazione assume particolare importanza la

turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la rikusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.

4. Non è consentita la rikusazione quando nel Comune non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del Comitato di Azienda di cui all'art. 11.

5. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello

strumento della rikusazione per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima.

6. Il medico di assistenza primaria può comunicare all'azienda l'avvenuto decesso del proprio assistito

del quale egli abbia certificato la morte, salvo verifica presso l'anagrafe comunale di residenza dell'assistito deceduto, ai fini della revoca della relativa scelta e di una sollecita operazione di aggiornamento degli elenchi del medico interessato.

Articolo 28

Revoche d'ufficio.

1. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 526/1982, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda sono riattribuite automaticamente al medico dal momento della reinscrizione degli stessi nei suddetti elenchi anche in deroga al massimale individuale. 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.

2. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il medico

è tenuto alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.

3. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso.

L'Azienda è tenuta a comunicare al medico interessato la revoca per decesso entro un anno dall'evento.

4. In caso di trasferimento di residenza l'Azienda presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova

scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla

revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta. Le Aziende che aggiornano l'archivio assistiti utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio. L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al medico ed al cittadino interessati entro 3 mesi dall'evento. Le revoche conseguenti ai cambiamenti di residenza all'interno della Azienda e tra aziende limitrofe sono disciplinate con accordi regionali. Nel caso in cui

l'ambito comunale sia comprensivo di più Aziende si intende per Azienda limitrofa il medesimo ambito

comunale.

5. Le cancellazioni per doppia iscrizione 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 decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

6. Ai fini degli effetti economici relativi alle revoche d'ufficio di cui al presente articolo, la Azienda è

tenuta ad inviare al medico interessato, in uno con la comunicazione del previsto importo da ritenere, il

tabulato nominativo relativo ai pazienti oggetto di revoca, completo della causa e della decorrenza della

revoca medesima.

7. Avverso alla richiesta di ripetizione il medico interessato può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 giorni dalla sua comunicazione ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 giorni dal ricevimento del ricorso.

8. Qualora l'importo complessivo richiesto dalla Azienda sia superiore al 20% dell'ammontare degli emolumenti mensili, l'Azienda può dare corso a conguaglio negativo solo in presenza di accordo in tal

senso con il medico interessato.

9. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo hanno corso nella misura massima del 20% per cento dei compensi mensili, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali.

Articolo 29

Scelta, revoca, ricusazione: effetti economici.

1. Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la ricusazione e le 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.

2. Il rateo mensile dei compensi è frazionabile in trentesimi ai fini del pagamento di eventuali frazioni di

mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento del medico o da cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.

3. La cessazione per sopraggiunti limiti di età da parte del medico produce effetti economici dal giorno

di compimento dell'età prevista.

4. Le operazioni di aggiornamento dell'elenco degli assistiti rispetto alla scelta e alla revoca sono svolte

in tempo reale, qualora siano realizzabili in base alla possibilità di utilizzo di procedure informatiche.

Articolo 30

Elenchi nominativi e variazioni mensili.

1. Entro il 31 luglio ed il 31 gennaio di ogni anno le Aziende inviano ai medici l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi alla data rispettivamente del 15 giugno e del 15 dicembre.
2. Le Aziende, inoltre, comunicano mensilmente ai singoli medici le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazioni di scelta o revoca.
3. I dati di cui ai commi 1 e 2 possono essere forniti su supporto magnetico, a richiesta del medico e senza alcun onere a suo carico.
4. Le Aziende istituiscono un elenco separato delle scelte operate dai cittadini in favore di medici convenzionati in ambiti territoriali della stessa Azienda diversi da quello di residenza dell'assistito, ai sensi dell'art. 26, comma 4, del presente Accordo.
5. Tale elenco è utilizzato ai fini della determinazione del rapporto ottimale e della individuazione della carenza di medici, secondo quanto disposto dall'articolo 19, comma 11, del presente Accordo.

Articolo 31

Compiti del medico con compensi a quota fissa.

1. L'inserimento negli elenchi di cui all'art. 19, comma 4, determina, relativamente all'ambito territoriale di iscrizione di ciascun medico e nei confronti dei cittadini che lo scelgono, l'affidamento al medico stesso della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e familiari, e di educazione sanitaria i quali sono espletati attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari finalizzati al soddisfacimento dei relativi bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali e uniformi di assistenza.
2. I compiti del medico, remunerati con una quota fissa per assistito ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, comprendono:
 - a) le visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico. Al fine di migliorare lo standard delle prestazioni il medico si avvale di supporti tecnologici diagnostici e terapeutici sia nel proprio studio sia a livello domiciliare;
 - b) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del proprio paziente, in quanto alla professionalità del medico di medicina generale;
 - c) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad uso del medico e ad utilità dell'assistito, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al medico di collaborare ad eventuali indagini epidemiologiche mirate e a quanto previsto dagli accordi regionali;
 - d) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
 - e) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;
 - f) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro.
3. Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico:
 - a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 15;

b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta

salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei

cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:

- l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
- la donazione di sangue, plasma e organi;
- la cultura dei trapianti;
- il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
- l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
- la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale;

c) obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte

a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;

d) l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

Articolo 32

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

1. Il medico è tenuto a svolgere, oltre ai compiti indicati dal precedente articolo 31, compiti anch'essi

finalizzati al soddisfacimento di bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali e uniformi di assistenza,

remunerati con una quota variabile del compenso, aggiuntiva rispetto a quella prevista dall'art. 31.

2. I compiti di cui al presente articolo sono:

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

Articolo 33

Visite ambulatoriali e domiciliari.

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

2. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta

pervenga entro le ore dieci: ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

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

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

5. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad

eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché, quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

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

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

Articolo 34

Consulto con lo specialista.

1. Il consulto con il medico specialista può essere attivato dal medico di medicina generale qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico di medicina generale presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.

3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del medico di famiglia, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il medico di famiglia o lo specialista concordano i modi ed i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.

5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

Articolo 35

Rapporti tra il medico di famiglia e l'ospedale.

1. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi

ospedalieri previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale ex art. 11 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 47, adottano, anche in ottemperanza al

disposto dell'art. 15-decies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:

a) il dovuto accesso del medico di famiglia ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;

b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero;

c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note CUF e delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al decreto ministeriale n. 329/1999 e successive modificazioni;

d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg. dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

2. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il medico di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente a domicilio.

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

Articolo 36

Assistenza farmaceutica e modulare.

1. La prescrizione di medicinali avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale, così come riclassificato dall'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive integrazioni e modificazioni.
2. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.
3. Le parti firmatarie del presente accordo possono concordare a livello regionale sperimentazioni riguardanti modalità e procedure, compresa la multiprescrizione nel rispetto dei tetti di spesa e della normativa nazionale riguardante la materia, idonee a snellire gli adempimenti dei medici e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.
4. Sulla ricetta di cui al decreto ministeriale n. 350/1988 il medico annota il diritto dell'esenzione dal pagamento della quota a carico secondo le norme vigenti. Eventuali particolari modalità di annotazione del diritto, o meno, all'esenzione e di quant'altro necessario, anche legate alle metodiche locali di

rilevazione dei dati, sono definite con accordi regionali.

5. Il diritto all'esenzione del ticket è regolato nelle forme di legge per le esenzioni da reddito. Nelle altre forme la esenzione è attestata dalla Azienda ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto ministeriale

20 maggio 1989 e successive modificazioni ed integrazioni.

6. La necessità della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del medico di assistenza primaria alla Azienda. L'erogazione ed il

relativo eventuale frazionamento sono disposti dalla Azienda secondo modalità organizzative fissate dalla regione.

7. La prescrizione farmaceutica in caso di urgenza terapeutica o di necessità e di dimissione ospedaliera in orari coperti dalla continuità assistenziale è compilata anche dai medici dipendenti e dagli specialisti convenzionati interni, secondo le disposizioni di cui all'art. 15-decies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni.

8. La prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del S.S.N. può essere effettuata solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del medico di medicina generale.

Articolo 37

Richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali.

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

2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 34.

3. Il medico può dar luogo al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.

4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, con l'indicazione «al medico curante», suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilità di successivi controlli specialistici.

5. Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste su modulario idoneo a consentire al cittadino la diretta esecuzione della prestazione o indagine richiesta, nel rispetto del disposto dell'art. 15-decies del

D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, e tale da consentire di individuare il medico prescrittore e, con immediatezza, la sua area di appartenenza.

6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente

alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.

7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e

6, le Aziende emanano norme per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari

alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla

consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di

medicina generale.

8. Le norme di cui al precedente comma 7 devono essere osservate, anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.

9. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal

medico curante (allegato E) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

10. Il modulario di cui all'art. 36, salvo il disposto del successivo art. 38, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste

di prestazioni specialistiche, nonché per le richieste di trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il medico annota la diagnosi del soggetto.

11. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 1, comma 6, del decreto ministeriale 30 giugno 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 209 dell'8 settembre 1997, le indagini preliminari al

ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal medico di assistenza primaria e direttamente riconducibili al

DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione da parte del medico stesso sul modulario del S.S.N..

Articolo 38

Certificazione di malattia per i lavoratori.

1. Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile

1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati sub allegato «F» fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della

legge n. 33/1980. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi fa parte dei compiti

di cui all'art. 31, comma 3.

2. Le certificazioni relative ad assenze dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da medici diversi da quelli di libera scelta non spettano al medico di fiducia, che non è tenuto

alla trascrizione.

Articolo 39

Assistenza domiciliare programmata.

1. L'assistenza domiciliare programmata, erogata anche secondo indirizzi e modalità operative definiti

a livello regionale costituisce, come previsto dall'art. 32, comma 2, livello assistenziale da garantire al

cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi. Le seguenti forme di assistenza domiciliare programmata, devono essere, comunque, assicurate con interventi a domicilio di:

a) assistenza domiciliare integrata (ADI);

b) assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);

c) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).

2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1, lettere a) e b), è disciplinata

dai protocolli allegati sotto le lettere G) e H); l'istituto di cui lettera c) è disciplinato nell'ambito degli

accordi rimessi alla trattativa regionale.

3. Le Regioni, previo accordo con le Organizzazioni Sindacali della medicina generale maggiormente

rappresentative a livello Regionale, possono disciplinare diversamente le forme di assistenza domiciliare di cui alle lettere a) e b).

Articolo 40

Forme associative dell'assistenza primaria.

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni.

2. Al fine di:

a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;

b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate,

anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale;

c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;

d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e

le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante

delle équipes territoriali di cui all'art. 15, se costituite;

e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i

medici associati svolgono a rotazione attività concordate;

f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;

g) condividere ed implementare linee guida diagnostiche terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica.

I medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo i principi, le tipologie e le modalità indicate ai successivi commi.

3. Le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:

a) forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale

delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di

essi;

b) forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli

elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono

anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

4. Le forme associative dell'attività di assistenza primaria di cui alla lettera a) del comma 3 sono ispirate ai seguenti criteri generali:

a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;

b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare

l'utilizzazione dei servizi offerti;

c) della forma associativa possono far parte:

- medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi del presente Capo, esclusi quelli di

cui all'art. 25, comma 8, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);

- medici di continuità assistenziale;

- medici pediatri di libera scelta;

d) la sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;

e) la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto dai commi 7, 8 e 9. Le forme associative composte da soli due medici

e già in essere all'atto di pubblicazione del presente Accordo sono fatte salve, se previste dagli Accordi Regionali e fino a che le rispettive condizioni associative restino immutate. Gli Accordi regionali di cui al Capo VI disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo.

f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;

g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b) la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della

forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;

h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;

i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;

j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti dall'art. 22, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 22, comma 5. Nella giornata di sabato e nei gironi prefestivi, ad estensione di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 33 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale del capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;

k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;

l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;

m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;

n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;

o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;

p) devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa

con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;

q) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;

r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:

- per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici,
- per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art. 12.

s) l'Azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità ed, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo.

5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al successivo comma 6 i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 44, comma 5.

6. Le forme associative disciplinate dalla lettera a) del comma 3 sono:

A. La medicina in associazione.

B. La medicina in rete.

C. La medicina di gruppo.

7. Oltre alle condizioni previste dal comma 4, la medicina in associazione si caratterizza per:

a) distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto;

b) chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;

c) numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova;

d) la condivisione e implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;

e) la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

8. La medicina in rete, oltre al rispetto delle condizioni previste al comma 4, si caratterizza per:

a) distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;

b) gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;

c) collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;

d

) utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;

e) chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19.00;

f) numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova.

9. Oltre alle condizioni previste al comma 4, la medicina di gruppo si caratterizza per:

- a) sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della medicina di gruppo;
- b) presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziali. Il numero degli studi di cui sopra viene arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;
- c) utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
- d) utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;
- e) gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;
- f) utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;
- g) utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa;
- h) numero di medici associati non superiore a 8.

10. I medici di assistenza primaria convenzionati ai sensi del presente Accordo possono aderire a forme associative di cui al comma 3 lettera b), anche ove esse associno tutti i medici di assistenza primaria appartenenti alla stessa azienda, ferma restando l'appartenenza funzionale per i compiti convenzionali ai rispettivi ambiti territoriali di scelta.

11. Per essere riconosciute quali forme associative di cui al comma 3, lettera b), della medicina generale convenzionata ai sensi del presente Accordo, le stesse debbono essere ispirate ai criteri generali previsti al comma 4, lettere a), b), d), g), h), k), l), n), p), q), r) e prevedere l'organizzazione dell'attività dei propri medici associati, secondo gruppi relativi ai rispettivi ambiti territoriali di scelta e mediante un adeguamento di tali gruppi alle condizioni normative previste dalle lettere c), e), o) ed alle condizioni previste dal comma 8.

12. Alle forme associative di cui al comma 3, lettera b), possono essere associati medici aderenti a forme associative tra quelle di cui alla lettera a), mantenendone i relativi obblighi organizzativi e diritti economici, fermo restando il disposto di cui alla f) del comma 4, e senza ulteriore incentivazione di associazionismo.

13. Nell'ambito degli Accordi regionali stipulati con sindacati maggiormente rappresentativi, possono essere individuate forme organizzative, caratteristiche aggiuntive, attività integrative per le forme associative di cui al presente articolo, definendone anche i relativi compensi integrativi.

14. I medici di medicina generale, per l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dal presente Accordo, da Accordi regionali o aziendali, nonché delle attività libero professionali consentite, possono avvalersi di strutture e servizi forniti dalle società definite alla lettera b) del comma 3 del presente articolo, in particolare per quanto concerne:

- a) sedi associative, studi professionali, poliambulatori;
- b) beni strumentali;
- c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;
- d) servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
- e) servizi di verifica e revisione di qualità;
- f) ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e regionale, individuato nell'ambito degli Accordi regionali. In ogni caso è da escludersi la fornitura di prestazioni sanitarie.

15. La semplice appartenenza ad una forma associativa di cui alla lettera b), del comma 3 non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo, fatto salvo quanto disposto in merito da Accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. n. 484/1996.

16. Le forme associative di cui al precedente comma 3, pur non potendo assumere carattere di soggetto contrattuale rispetto alla definizione dei bisogni assistenziali, anche in termini di tipologia, di quantità, di qualità e di modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i medici di medicina

generale, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari dell'ACN, sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi regionali e aziendali di cui al presente Accordo.

Articolo 41

Interventi socio-assistenziali.

1. Il medico di famiglia, sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltretutto alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'Azienda l'esigenza di intervento dei servizi socio-assistenziali.
2. La natura e la tipologia degli interventi conseguenti alla segnalazione di cui al comma precedente sono assunti, se necessario, secondo un programma specifico ed in accordo col medico di famiglia dell'assistito.

Articolo 42

Collegamento con i servizi di continuità assistenziale.

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

Articolo 43

Visite occasionali.

1. I medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti.
2. I medici, tuttavia, salvo quanto previsto per la continuità assistenziale e per l'assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio comune di residenza, ricorrono all'opera del medico.
3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe onnicomprensive:

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

4. Al medico convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini

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

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

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

Articolo 44

Libera professione.

1. La libera professione è esercitata secondo le norme del presente articolo.
2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, comma 2, al di fuori degli obblighi, dei compiti e delle funzioni previsti agli artt. 31 e 32, del presente Accordo, nonché degli accordi regionali ed aziendali, al medico iscritto negli elenchi è consentito svolgere attività di libera professione onorata dal paziente anche nei confronti dei propri assistiti e nei confronti degli assistiti dei medici eventualmente operanti nella medesima forma associativa.
3. Si definisce attività libero professionale:
 - a) strutturata, quella espletata in forma organizzata e continuata che comporta un impegno orario settimanale definito;
 - b) occasionale, quella occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso.
4. Al fine di eventuali limitazioni di massimale e per il rispetto di quanto previsto dal presente Accordo, il medico che eserciti libera professione strutturata è tenuto a comunicare entro 30 giorni dal suo avvio le seguenti modalità di esercizio dell'attività libero professionale:
 - a) la data di avvio;
 - b) l'ubicazione dello studio professionale e/o l'azienda presso la quale è espletata l'attività di medico del lavoro o equiparata;
 - c) i giorni e gli orari di attività;
 - d) le prestazioni di cui al comma 9 che intende espletare;
 - e) la dichiarazione che l'attività svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.
5. L'attività libero professionale strutturata e occasionale, non deve recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio e al domicilio del paziente.
6. L'attività libero professionale strutturata quando comporta un impegno orario inferiore alle 5 ore settimanali entro i limiti previsti dal comma 5, non comporta la limitazione del massimale stabilita dal comma 4 dell'art. 25.
7. Tale limitazione, pari a 37,5 scelte per ogni ora, interviene quando l'impegno orario settimanale supera il limite orario di cui al comma 6.
8. L'attività libero-professionale occasionale svolta dal medico convenzionato di assistenza primaria

non può essere valutata in alcun modo ai fini della limitazione del massimale.

9. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, comma 2, i medici iscritti negli elenchi possono svolgere attività di libera professione strutturata nei confronti dei propri assistiti per le categorie di prestazioni di seguito specificate:

- a) prestazioni non comprese nei compiti e nelle attività previsti dagli artt. 31 e 32, del presente accordo;
- b) prestazioni professionali, anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali, diagnostici e terapeutici, non esplicitamente previste fra le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato D o fra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da accordi regionali od aziendali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi;
- c) prestazioni richieste e prestare nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive;
- d) prestazioni specialistiche inerenti la specializzazione posseduta;
- e) prestazioni concernenti discipline cliniche predeterminate dall'interessato e delle quali l'assistito sia portato preventivamente a conoscenza.

10. Il medico che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da accordi regionali o aziendali, sulla base di quanto previsto dal precedente art. 32, non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti, pena l'applicazione dell'art. 6 comma 2 del presente Accordo.

11. Ai fini di quanto previsto dal precedente comma 10, l'Azienda richiede al medico, all'atto dell'avvio delle progettualità di cui all'articolo 32, idonea dichiarazione di disponibilità allo svolgimento delle attività aggiuntive previste dagli specifici progetti assistenziali avviati.

12. Ai medici che non esercitano attività libero professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti è riconosciuto il diritto di accesso preferenziale agli istituti normativi incentivati previsti dal presente Accordo.

13. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di assistenza primaria può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/1992 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Articolo 45

Trattamento economico.

1. Premesso che il «Programma delle attività territoriali» comprende, come previsto dall'art. 3-quater del D.Lgs. n. 502/1992, e successive modifiche, anche l'erogazione della medicina generale e specifica le prestazioni ed attività di competenza della stessa risultanti dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali, il trattamento economico dei medici convenzionati per l'assistenza primaria, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. d), del suddetto decreto legislativo, si articola in:

- a) quota fissa capitaria, per quanto stabilito all'art. 31, articolata in onorario professionale, compenso aggiuntivo, concorso nelle spese per l'erogazione delle prestazioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale;
- b) quota variabile finalizzata al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale, regionale e aziendale, compreso il rispetto dei livelli di spesa programmati: medicina associata, indennità di piena disponibilità, indennità di collaborazione informatica, indennità di collaboratore di studio medico e indennità di personale infermieristico:

c) quota variabile in considerazione dei compensi funzionali alla realizzazione della programmazione

sanitaria nazionale, regionale e aziendale stabiliti:

- dal presente accordo: prestazioni aggiuntive di cui all'allegato «D», assistenza programmata di cui agli allegati «G», Assistenza domiciliare programmata, ed «H», Assistenza domiciliare integrata;

- dagli accordi regionali ed aziendali: assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o

strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari

standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

2. Le Regioni, mediante accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, possono concordare nell'ambito della quota variabile di cui alla lettera c) e con le procedure di cui al Capo VI, livelli assistenziali aggiuntivi, programmi e progetti avanzati rispetto a quanto previsto dal presente Accordo, finalizzati allo sviluppo qualitativo degli interventi territoriali.

A - QUOTA FISSA CAPITARIA

A1 - ONORARIO PROFESSIONALE

1. Ai medici di medicina generale incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo, come dalla seguente tabella, distinto secondo

l'anzianità di laurea del medico.

ANZIANITÀ	COMPENSO DI LAUREA	FORFETARIO	01.01.1990	01.01.2000	da 0 a 6
anni	44.79545.422	oltre 6 fino a 13	anni	47.83748.507	oltre 13 fino a 20
anni	51.00951.723	oltre 20	anni	54.17854.937	oltre 27
anni	56.29357.082				

2. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età è corrisposto un ulteriore compenso forfetario annuo pari a lire 30.000, a decorrere dal 1° gennaio 2000. Per le vaccinazioni antinfluenzali effettuate a tali soggetti, debitamente documentate come da Allegato D, è corrisposto un compenso pari al 50% della tariffa prevista dal nomenclatore tariffario lettera B n. 4, del medesimo Allegato D.

3. In considerazione dei compiti di cui all'art. 31, comma 3, è corrisposto un compenso capitaro annuo

per assistito pari a lire 2.800, a decorrere dal 1° gennaio 2000.

4. Per le scelte dei minori di età inferiore a 14 anni effettuate dalla data di pubblicazione del presente Accordo è corrisposto un ulteriore compenso capitaro annuale di lire 35.000.

A2 - COMPENSO AGGIUNTIVO

1. Ai medici iscritti negli elenchi della assistenza primaria sono attribuite quote mensili determinate con i criteri di cui alla lettera F dell'art. 41, D.P.R. n. 314/1990.

2. Il compenso, nella misura corrisposta al 31 dicembre 1997, è incrementato dal 1° gennaio 1999 del 2,3%, dal 1.1.2000 del 1,4%, moltiplicato per il numero delle scelte in carico al singolo medico per ciascun mese, con il tetto massimo di 1.500 scelte o della quota individuale. Le percentuali vengono applicate sulla base dell'importo rivalutato con la percentuale precedente.

3. Nulla è dovuto a titolo di compenso aggiuntivo per gli assistiti oltre il massimale individuale.

A3 - CONCORSO NELLE SPESE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO

1. Ai medici che svolgono compiti di assistenza primaria, è corrisposto un concorso forfetario per le spese sostenute in relazione alle attività professionali ed in particolare per la disponibilità dello studio medico conforme alle prescrizioni dell'art. 22, per la disponibilità del telefono, per i mezzi di trasporto necessari e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attività a favore degli assistiti.

2. Per ciascun assistito in carico è corrisposto un concorso forfetario annuo risultante dalla tabella che segue:

CONCORSO SPESE PER LA EROGAZIONE DELLE Dal 01.01.99Dal
01.01.2000PRESTAZIONI Per i primi 500 assistiti20.16620.448Per gli assistiti da 501 al massimale
o quota individuale12.92613.107

3. Il contributo compete in misura ridotta quando il medico ritenga di avvalersi per l'espletamento degli obblighi convenzionali, di servizi e personale di collaborazione forniti dalla Azienda, sulla base di accordi da stipularsi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale entro 90 giorni dalla pubblicazione dell'Accordo.

4. Il concorso nelle spese viene erogato dalla Azienda in rate mensili.

5. Nulla è dovuto a titolo di concorso spese per assistiti oltre il massimale o la quota individuale.

B - QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE

B1 - INDENNITÀ DI PIENA DISPONIBILITÀ

1. Ai sanitari che svolgono in modo esclusivo, salva la libera professione di cui all'art. 44, attività di medico di assistenza primaria ai sensi del presente Accordo, spetta per ciascuno assistito in carico e fino alla concorrenza del massimale di 1.500 scelte, una indennità annua, nelle seguenti misure:

Per i primi 500 assistiti:	ANZIANITÀ	COMPENSO DI LAUREA FORFETARIO
01.01.9901.01.2000	da 0 a 6 anni	3.7353.787
	oltre 6 fino a 13 anni	3.9734.028
	oltre 13 fino a 20 anni	4.2194.278
	oltre 20 anni	4.4644.526
	oltre 27 anni	4.7024.767

Per gli assistiti da 501 a 1.500 ANZIANITÀ COMPENSO DI LAUREA FORFETARIO

01.01.9901.01.2000	Da 0 a 6 anni	3.4553.503
	Oltre 6 fino a 13 anni	3.6933.744
	Oltre 13 fino a 20 anni	3.9383.993
	Oltre 20 anni	4.1844.242
	Oltre 27 anni	4.4074.468

2. I medici titolari di rapporti nell'ambito delle attività territoriali programmate, della medicina dei servizi, di continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, di quelli medico-generici di ambulatorio di cui alla norma finale annessa all'accordo con gli specialisti ambulatoriali, nonché di rapporti intrattenuti con il Ministero della Sanità per l'erogazione dell'assistenza medico-generica a questo demandata dalla legge n. 833/1978, debbono optare tra l'indennità di cui sopra e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo in base alle rispettive normative.

B2 - MEDICINA ASSOCIATA

1. A decorrere dal 1° gennaio 2000, ai medici di assistenza primaria, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, nell'ambito di una percentuale minima di riferimento del 6% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 40, comma 9 del presente accordo, è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1.500 o al massimale individuale se inferiore, nella misura di lire 9.000. Ai medici che già percepivano le quote capitarie per l'esercizio della medicina di gruppo previste dall'art. 45 del D.P.R. n. 484/1996, è corrisposto, sulla maggiorazione spettante per la medicina di gruppo un incremento del 2,3% dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 1999.

2. A decorrere dal 1.1.2000 ai medici di assistenza primaria, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, nell'ambito di una percentuale minima di riferimento del 7% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12 che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in rete ai sensi dell'art. 40, comma 8 del presente Accordo, è dovuto un compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1.500 o al massimale individuale se inferiore, nella misura di lire 7.000.

3. A decorrere dal 1° gennaio 2000 ai medici di assistenza primaria individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 40% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in associazione ai sensi dell'art. 40, comma 7, del presente Accordo è dovuto un compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1.500 o al massimale individuale se inferiore, nella misura di lire 5.000.

B3 - INDENNITÀ DI COLLABORAZIONE INFORMATICA

1. Dalla data di pubblicazione del presente Accordo ai medici che assicurano nel proprio studio mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di lire 150.000. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza.

2. A decorrere dal 1° gennaio 1999 e fino al 31 dicembre 1999 la indennità di collaborazione informatica corrisposta ai sensi dell'art. 45, comma 3, lettera 1, del D.P.R. n. 484/1996, è di lire 102.300 mensili. A decorrere dal 1° gennaio 2000 e fino alla data di pubblicazione del presente Accordo, è di lire 103.750.

B4 - INDENNITÀ DI COLLABORATORE DI STUDIO MEDICO

1. Ai medici di assistenza primaria individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 25% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, che utilizzano un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, categoria IV e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio o comunque utilizzato secondo le normative vigenti, è corrisposta, con decorrenza 1° gennaio 2000, un'indennità annua nella misura di lire 5.000 per assistito in carico fino al massimale o quota individuale, determinando, sulla base di accordi regionali, l'ammontare dell'indennità spettante a ciascun medico in caso di lavoro associato e l'eventuale incremento in relazione alla attivazione di compiti e modelli organizzativi sperimentali. Per il periodo dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 1999 sull'indennità già percepita ai sensi dell'art. 45, comma 3, lettera L, del D.P.R. n. 484/1996 è corrisposto un importo annuale di lire 55 per assistito.

B5 - INDENNITÀ DI PERSONALE INFERMIERISTICO

1. Ai medici di assistenza primaria individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 5% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio e comunque utilizzato secondo le normative vigenti, è corrisposta un'indennità annua nella misura di lire 6.000 per assistito in carico fino al massimale o quota individuale, determinando, sulla base di accordi regionali, l'ammontare dell'indennità spettante a ciascun medico in caso di lavoro associato e l'eventuale incremento in relazione alla attivazione di compiti e modelli organizzativi sperimentali.

B6 - PROGRAMMI DI ATTIVITÀ E LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 31, comma 3, lettera d), le Regioni possono individuare ulteriori appositi finanziamenti per compensi a quota variabile per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al rispetto di livelli programmati di spesa.

2. Gli obiettivi da raggiungere da parte dei medici di medicina generale sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, facenti parte di un dettagliato progetto integrato che costituisce il supporto tecnico del livello di spesa programmato.

3. I progetti a livello di spesa programmata devono comunque essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse.

4. I progetti a livello di spesa programmata devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

C - QUOTA VARIABILE PER COMPENSI RELATIVI A PRESTAZIONI FUNZIONALI ALLA REALIZZAZIONE DEI LIVELLI ASSISTENZIALI PREVISTI DALLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE, REGIONALE, AZIENDALE

C1 - ACCORDO NAZIONALE

1. Prestazioni aggiuntive. Ai medici di assistenza primaria spetta il compenso per le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D) e al relativo nomenclatore tariffario.
2. Assistenza programmata domiciliare. Ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza programmata ad assistiti non ambulabili, di cui all'art. 39, lettere a) e b), come quantificati nei protocolli allegati sotto le lettere G) ed H), e di cui allo stesso articolo lett. c), secondo quanto stabilito dagli accordi regionali. L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui sopra viene definita annualmente dalle Regioni tenendo conto degli obiettivi da raggiungere fissati dai Piani Sanitari Regionali e degli obiettivi effettivamente raggiunti, previ accordi con i Sindacati maggiormente rappresentativi. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza programmata di cui al protocollo allegato G) non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili detratto l'importo di cui alla voce spese. Sono fatti salvi i diversi accordi regionali.

C2 - ACCORDI REGIONALI

1. Assistenza nelle residenze protette e nelle collettività. Ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza domiciliare residenziale di cui all'art. 39, lettera c) effettuate con modalità definite nell'ambito di specifici Accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi ai sensi dell'art. 10.
2. Assistenza in zone disagiate. Per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai medici di assistenza primaria un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate a livello regionale con i Sindacati maggiormente rappresentativi ai sensi dell'art. 10.

C3 - ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI

Inoltre gli accordi regionali ed aziendali con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale ed aziendale ai sensi dell'art. 10, concluse con le procedure di cui al Capo VI, possono prevedere lo svolgimento di ulteriori attività, l'erogazione di specifiche prestazioni, compreso il possesso di specifici requisiti di qualità, e i relativi compensi. A titolo esemplificativo si indicano in particolare:

- Interventi aggiuntivi in dimissione protetta. Adempimenti aggiuntivi dei medici di assistenza primaria nei confronti di assistiti verso i quali sia stato attivato il regime della dimissione protetta dall'ospedale ed i rispettivi compensi.
 - Prestazioni informatiche. Esecuzione di procedure ed attività informatiche previste da appositi progetti per iniziative assunte a livello regionale ed aziendale.
 - Prestazioni assistenziali su progetti definiti. Compiti e prestazioni previsti da progetti assistenziali regionali aziendali ai quali i medici di assistenza primaria abbiano aderito o siano chiamati ad aderire.
 - Prestazioni di medicina preventiva e di educazione sanitaria. Partecipazione a progetti di educazione sanitaria e prevenzione individuale e collettiva realizzati in ambito regionale o aziendale.
 - Requisiti strutturali d'eccellenza. Disponibilità ed utilizzazione di specifici requisiti strutturali qualificanti relativi a specifiche funzioni in grado di migliorare la fruibilità delle prestazioni sanitarie, anche riducendo le difficoltà dei cittadini nell'accesso al servizio.
 - Livelli di spesa programmati. Per l'adesione del medico ai progetti con livello di spesa programmato, in relazione al raggiungimento degli obiettivi programmati, sono accordati incentivi, anche in termini di servizi resi disponibili dalla Azienda.
 - Visite occasionali. Può essere previsto il pagamento al medico di assistenza primaria delle visite occasionali da parte della Azienda.
2. I compensi di cui al comma 1, lettera A), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, mensilmente, entro la fine del mese successivo quello di competenza.
 3. I compensi di cui al comma 1, lettere B) e C) sono versati di norma mensilmente entro la fine del secondo mese successivo a quello di competenza.
 4. Ai fini della correttezza del pagamento dei compensi ai medici di medicina generale si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

5. Le variazioni di retribuzione relative ai passaggi di fascia per anzianità di laurea del medico saranno effettuate una sola volta all'anno: il 1° gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il primo gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

D - QUOTA ANNUALE PER IL RIENTRO NEL MASSIMALE

1. Ai medici titolari della quota individuale di 1.800 scelte è corrisposta, per un periodo di 4 anni, una quota annuale omnicomprensiva di lire 32.000 per ogni scelta revocata dall'assistito o d'ufficio fino al rientro nel massimale di 1.500 scelte, più l'aggiunta di 75 scelte in deroga come previsto dall'art. 26, comma 9.

2. Rimane fermo il divieto di acquisire scelte, anche in deroga, fino al raggiungimento di un numero di scelte inferiore a 1.575.

Articolo 46

Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia.

1. Per i medici iscritti negli elenchi della medicina generale viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al 2° comma del punto 6 dell'art. 9

della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 13% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui l'8,125% a carico dell'Azienda

e il 4,875% a carico del medico.

2. I contributi devono essere versati all'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni

successivi alla scadenza del trimestre.

3. Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia

e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto della legge n. 379/1990,

è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,36% (zero virgola trentasei per cento) dei compensi relativi alle lettere A1 e A2 dell'art. 45 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

4. Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui al comma 1, le Aziende versano all'ENPAM il contributo per l'assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla Compagnia

assicuratrice con la quale i sindacati maggiormente rappresentativi avranno provveduto, entro 90 giorni

dalla pubblicazione del presente Accordo, a stipulare apposito contratto di assicurazione mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica.

Articolo 47

Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'Azienda.

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione

della Azienda, servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza medica generale di

base ha la responsabilità e procede al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel

che riguarda gli aspetti sanitari.

2. I medici convenzionati sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato alla presente convenzione.

Capo III - La continuità assistenziale

Articolo 48

Criteri generali.

1. La continuità assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali di cui all'art. 14.
2. Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, la stessa si realizza assicurando, per le urgenze notturne, festive e prefestive, interventi domiciliari e territoriali, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.
3. La continuità assistenziale è organizzata nell'ambito della programmazione regionale ed è strutturata, a livello locale, dalla Azienda competente per territorio, secondo le disposizioni di cui ai successivi commi.
4. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi stabilita dalle aziende nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale e in osservanza del Programma delle attività distrettuali che prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta, le attività di continuità assistenziale, garantite nel distretto ai sensi dell'art. 3-quinquies, comma 1, lettera a) del decreto citato, sono assicurate:
 - a) da medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli articoli seguenti del presente Capo;
 - b) da gruppi di medici, anche organizzati in forme associative, convenzionati per la medicina generale per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore, in zone territoriali definite;
 - c) da un singolo convenzionato per la medicina generale residente nella zona in forma di disponibilità domiciliare.
5. I compensi sono corrisposti dall'Azienda a ciascun medico che svolge l'attività, nelle forme di cui al comma 4 lettere b) e c), anche mediante il pagamento per gli assistiti in carico di una quota capitaria aggiuntiva definita dalla contrattazione regionale, e rapportata a ciascun turno effettuato, salvo quanto previsto dagli articoli seguenti.
6. Gli accordi regionali possono prevedere che le Aziende stipulino apposite convenzioni con i medici di cui al comma 4, lett. b) e c).

Articolo 49

Attribuzione degli incarichi di Continuità Assistenziale.

1. 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 assistenza primaria, gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende.
2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dal precedente comma 1:
 - a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in Aziende di altre

regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale,

a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno due anni e da almeno tre anni dell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano

altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarico a

tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 500 e 266. 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.

3. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione apposita

domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti carenti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/1 o Q/4.

4. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio

attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo

schema allegato sub lettera «L». La situazione di incompatibilità deve cessare nei termini di cui all'art.

4, comma 8.

5. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti i medici di cui alla lettera b) del comma 2 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;

b) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito della Azienda nella quale è vacante l'incarico 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 alla attribuzione dell'incarico;

c) attribuzione di punti 15 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 alla retribuzione dell'incarico.

6. Le graduatorie di cui al precedente comma 5 vengono formulate sulla base dei punteggi relativi ed

apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

7. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata A.R. o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato Regionale alla Sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 20 giorni dalla data di invio della convocazione.

8. La Regione interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 2 in base

alla anzianità di servizio effettivo in qualità di incaricato a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale o ex-guardia medica; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 2 in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al precedente comma 5 e sulla base del disposto di cui al comma 6 e 7 dell'articolo 3 del

presente Accordo.

9. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 2, lettera a) è determinata sommando:

- a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica in qualità di incaricato a tempo indeterminato;
- b) l'anzianità di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica nell'incarico di provenienza, ancorché già valutata ai sensi della lettera a).
10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.
11. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o raccomandata con ricevuta di ritorno, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile, tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.
12. La Regione, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, comunica gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale 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.
13. Se il medico incaricato è proveniente da altra Regione, l'Azienda comunica all'Assessorato alla sanità della regione di provenienza e a quello del luogo di residenza, ove non coincidenti, l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e per gli effetti di cui al successivo comma 16.
14. La Regione, sentito il comitato di cui all'art. 12 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.
15. È cancellato dalla graduatoria regionale, ai soli fini degli incarichi di continuità assistenziale, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo.
16. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui al comma 2, lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza.
17. La Regione può assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti della stessa previsti dal presente articolo.

Articolo 50 Massimali.

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un minimo di 12 ed un massimo di 24 ore settimanali, e presso una sola Azienda.
2. L'incarico non è conferibile o cessa nei confronti del medico incaricato a tempo indeterminato per la medicina generale o per la pediatria di libera scelta che detenga:
 - a) un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 501 o 267 scelte con incarico per 24 ore settimanali;
 - b) un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 650 o 346 scelte con incarico per 12 ore settimanali.
3. La cessazione dell'incarico o la variazione del relativo orario di cui al comma 2 ha effetto dal mese successivo a quello in cui si determina il superamento del numero di scelte compatibile.
4. Ai fini di cui al precedente comma 3 la Azienda è tenuta a contestare al medico il raggiungimento del limite di scelte previsto dal comma 2 nel mese in cui tale situazione si determina.
5. Le situazioni di incompatibilità sono quelle stabilite dalle vigenti norme di legge e dall'art. 4 del presente Accordo.

6. Prima di esperire la procedura per il conferimento degli incarichi, gli orari disponibili nell'ambito del servizio di continuità assistenziale vengono comunicati ed assegnati ai medici già titolari di incarico a tempo indeterminato, ai sensi del presente capo, secondo l'ordine di anzianità di incarico nella stessa Azienda e, in caso di parità, secondo l'anzianità di laurea, fino a concorrenza del massimale orario.
7. L'orario complessivo dell'incarico a tempo indeterminato e quello risultante da altre attività compatibili non può superare le 38 ore settimanali. Qualora il limite delle 38 ore risulti superato, l'incarico di continuità assistenziale è ridotto in misura uguale all'eccedenza.
8. Il medico decade dall'incarico qualora:
- insorga una situazione di incompatibilità;
 - lo svolgimento di altre attività compatibili non consenta un incarico minimo di 12 ore settimanali.
9. Ai fini di quanto disposto dal comma 8, la Azienda contesta al medico la situazione di incompatibilità entro 30 giorni dalla sua rilevazione.
10. Il disposto di cui al comma 8 si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale la Azienda effettua al medico la contestazione di incompatibilità.

Articolo 51

Libera professione.

1. La libera professione può essere esercitata al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno con corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
2. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.
3. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di continuità assistenziale può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Articolo 52

Compiti del medico.

1. Il medico che assicura la continuità assistenziali deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dalla Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali richiesti.
2. Il medico è tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente o dalla centrale operativa, prima della fine del turno di lavoro. In particolari situazioni di necessità, ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali.
3. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore.
4. In relazione a particolari esigenze dei medici, specie nel periodo estivo, può essere concordata con l'Azienda la concentrazione in un solo mese dell'orario di attività che i singoli medici dovrebbero svolgere nel corso di due mesi consecutivi; per i medici che svolgono almeno 36 ore di attività settimanale ai sensi dell'art. 50 può consentirsi il recupero mediante la concentrazione nell'arco di tre mesi non consecutivi dell'orario che i medici dovrebbero svolgere nel corso di 3 mesi consecutivi. Tale accorpamento, che ne comporta variazione nei pagamenti mensili, può essere consentito, peraltro, solo

se vengono garantite le ordinarie esigenze di servizio attraverso reciproche sostituzioni tra i medici titolari di incarico interessati.

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

per oggetto:

- a) nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;
- b) generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito (nel caso che sia persona diversa);
- c) ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;
- d) ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato.

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

7. Il medico in servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno, anche per esigenze di servizio spettano

i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura

corrispondente a carico del medico ritardatario.

8. Il medico di continuità assistenziale che ne ravvisi la necessità deve direttamente allertare il servizio

di urgenza ed emergenza territoriale per l'intervento del caso.

9. Il medico in servizio di continuità assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al nomenclatore tariffario dell'Allegato D, finalizzate a

garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minor ricorso all'intervento specialistico

e/o ospedaliero.

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

orario spettante.

11. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:

- l'adesione alla sperimentazione dell'équipes territoriali di cui all'art. 15;

- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale,

in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 31, comma 3;

- la segnalazione personale, diretta al medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito dei casi di particolare complessità rilevati nel corso degli interventi di competenza, oltre a quanto previsto

dall'art. 54.

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

Articolo 53

Competenze delle Aziende.

1. L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale di pronto soccorso, necessari all'effettuazione degli interventi di urgenza individuati in sede regionale sentito il

comitato di cui all'art. 12; in mancanza l'Azienda provvede tenendo conto delle indicazioni del comitato

di cui all'art. 11.

2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali, dotati di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici.
3. L'Azienda, sentiti i medici interessati, predispone i turni e assegna, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica, le sedi di attività, nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra.
4. L'Azienda provvede altresì:
 - a) alla disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di radiotelefono e di strumenti acustici e visivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
 - b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate presso le centrali operative;
 - c) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici di continuità assistenziale.

Articolo 54

Rapporti con il medico di fiducia e le strutture sanitarie.

1. Il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (allegato «M»), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da designare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.
2. La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.
3. Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e - se del caso - la motivazione che ha indotto il medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che egli ritenga utile evidenziare.
4. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentano caratteristiche di urgenza.

Articolo 55

Sostituzioni e incarichi provvisori.

1. Il medico che non può svolgere il servizio deve avvertire il responsabile, indicato dalla Azienda, che provvede alla sostituzione.
2. L'Azienda, per sostituzioni superiori a 9 giorni, conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria regionale vigente di medicina generale, con priorità per i medici residenti nel territorio della Azienda.
3. L'incarico di sostituzione non può essere superiore a tre mesi. Un ulteriore incarico può essere conferito presso la stessa o altra Azienda solo dopo una interruzione di almeno 30 giorni. L'incarico di sostituzione cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato (2).
4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 49, l'Azienda può conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai commi 2 e 3.
5. Per le sostituzioni inferiori a 10 giorni la Azienda organizza turni di reperibilità oraria e utilizza i medici in reperibilità.

6. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio della Azienda la impossibilità di assicurare l'attività, qualora non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il medico in reperibilità oraria perché lo sostituisca.

7. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 5 e per l'espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 11, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

8. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalità di cui ai commi 2 e 3.

Articolo 56

Organizzazione della reperibilità.

1. L'Azienda organizza turni di reperibilità domiciliare nei seguenti orari:

dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;

dalle ore 9,00 alle 10,30 dei soli giorni prefestivi;

dalle ore 7,00 alle 8,30 dei soli giorni festivi.

2. A tale scopo, all'atto del recepimento della graduatoria annuale definitiva, ciascuna Azienda individua - nell'ambito della medesima - i nominativi di tutti quei medici, residenti nell'Azienda e in subordine nelle Aziende confinanti, che abbiano dato la loro disponibilità ad effettuare i turni di reperibilità predetti.

3. L'Azienda provvede quindi, preferibilmente periodicamente - utilizzando i medici sopra individuati, in

ordine di graduatoria - a predisporre i turni di reperibilità domiciliare. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può superare il numero dei medici previsti in guardia attiva

nel turno corrispondente.

4. Qualora non vi siano medici in graduatoria, la Azienda può organizzare il servizio con i medici già

convenzionati di continuità assistenziale, che si dichiarano disponibili.

5. L'Azienda fornisce, quindi, a tutti i medici addetti al servizio di continuità assistenziale copia dell'elenco dei medici reperibili, contenente il recapito presso cui ciascuno di essi può essere reperito

ed i turni che gli sono stati assegnati.

6. Il medico in turno di reperibilità che non sia rintracciato al recapito da lui indicato, viene escluso dai

turni, con effetto immediato, salvo che il mancato reperimento sia dovuto a gravi e giustificativi motivi.

7. Le ore effettuate in reperibilità domiciliare sono valutabili ai fini delle graduatorie regionali con il punteggio di cui all'art. 3

8. Quando nelle Aziende non sia possibile, per cause eccezionali, utilizzare il sistema di reperibilità, è

consentito, in caso di impedimento improvviso, che il titolare si faccia sostituire da altro titolare purché

ne dia immediata preventiva comunicazione alle Aziende o in caso di oggettiva impossibilità al massimo entro il giorno successivo.

9. La sostituzione di cui al comma precedente può avvenire una sola volta nell'arco di un mese e non

può avere durata superiore all'orario massimo settimanale di 24 ore.

Articolo 57

Trattamento economico.

1. I compensi per ogni ora di attività svolta ai sensi dell'art. 48 sono stabiliti secondo la seguente tabella:

01.01.9901.01.2000onorario professionale20.12320.405incremento quadriennale646656indennità piena disponibilità2.6102.646incremento quadriennale i.p.d.317322

2. L'onorario professionale è incrementato, per ogni ora di attività, dell'importo indicato in tabella al compimento di ogni quadriennio di anzianità di laurea dal primo giorno del mese successivo.

3. L'indennità di piena disponibilità spetta al medico che svolge esclusivamente attività di continuità assistenziale, ad eccezione dei rapporti convenzionali di assistenza primaria, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi e della libera professione di cui all'art. 51. Tali medici debbono optare

tra l'indennità di cui alla presente lettera e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo; l'indennità

è incrementata dell'importo indicato in tabella per ogni quadriennio di anzianità di laurea, dal primo giorno del mese successivo.

4. Il compenso aggiuntivo è corrisposto con i criteri di cui all'art. 17, comma 1, lett. d), del D.P.R. n. 41/1991. I compensi sono determinati nella misura corrisposta al 30 aprile 1992, salvi gli incrementi di

cui al presente accordo, come specificato all'art. 45, lettera A2, comma 2.

5. Per lo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 52, commi 8 e 11, è corrisposto al medico un compenso per ogni ora di incarico pari a lire 1.713, con decorrenza 1° gennaio 2000. Al medico spettano eventuali quote variabili per prestazioni o attività aggiuntive previste dagli accordi regionali.

6. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un'indennità pari al costo

di un litro di benzina super per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo.

7. Su tutti i compensi di cui al comma 1 e al comma 4, 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, nella misura del 13% di

cui l'8,125% a proprio carico e il 4,875% a carico del medico.

8. L'Azienda versa all'ENPAM, con i tempi e le modalità di cui al comma precedente, un contributo dello 0,36% sull'ammontare delle voci onorario professionale e compenso aggiuntivo, comma 4, affinché questo provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo provvedono a stipulare apposito accordo, mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica, contro il mancato guadagno del medico per malattia, gravidanza, puerperio e infortunio, anche in relazione al disposto della legge n. 379/1990.

9. I compensi, indipendentemente dalle modalità attraverso le quali viene assicurata la continuità assistenziale, sono corrisposti dalla Azienda direttamente al medico che svolge l'attività.

Articolo 58

Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi.

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale, contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, sempre che

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 previste dal presente Accordo.

2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:

a) lire 1,5 miliardi per morte od invalidità permanente;

b) lire 100.000 giornaliere per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

Articolo 59

Assistenza ai turisti.

1. Sulla base di apposite determinazioni assunte a livello regionale, le Aziende nel cui territorio si trovano località di notevole afflusso turistico possono organizzare - limitatamente al periodo in cui, di

norma, si riscontra il maggior numero di presenze giornaliere - un servizio stagionale di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti.

2. Gli incarichi a tal fine conferiti non possono in ogni caso superare la durata di tre mesi e non possono essere attribuiti a medici già titolari di altro incarico o rapporto convenzionale.

3. Il trattamento economico è definito sulla base di intese regionali con sindacati firmatari maggiormente rappresentativi.

Capo IV - Le attività territoriali programmate

Articolo 60

Attività programmate.

1. L'Azienda, per lo svolgimento nei distretti di attività territoriali programmate, può utilizzare, per periodi non superiori a 6 mesi nell'arco di un anno, medici di medicina generale, secondo l'ordine delle

seguenti priorità:

a) medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;

b) medici convenzionati per la continuità assistenziale con 12 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 48, secondo l'anzianità d'incarico;

c) medici convenzionati per la continuità assistenziale con 24 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 48, secondo l'anzianità d'incarico;

d) medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minor numero di ore di incarico;

e) medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2.

2. Non è utilizzabile il medico che esercita più di una delle attività disciplinate dal presente accordo o

che svolga altre attività presso soggetti pubblici o privati.

3. L'attività non può superare le 12 ore settimanali.

4. L'Azienda interpella il medico secondo l'ordine di priorità indicato al comma 1, indicando il tipo e la

data di inizio della attività, l'ubicazione della sede o delle sedi, l'orario di lavoro e la durata dell'attività,

mediante raccomandata postale con avviso di ricevimento o mediante comunicazione scritta interna alla Azienda, da cui deve risultare il ricevimento da parte dell'interessato con firma e data su una copia.

5. Il medico interpellato è invitato contestualmente a presentarsi entro 5 giorni per l'accettazione. La mancata presentazione entro il termine stabilito è considerata come rinuncia. L'assegnazione dell'attività deve risultare da provvedimento del direttore generale.

6. Il medico osserva le direttive organizzative emanate dal sanitario del distretto responsabile per le attività territoriali programmate ed è tenuto a collaborare per il corretto svolgimento delle attività.

Articolo 61
Compenso.

1. Le prestazioni ed attività sono effettuate secondo modalità organizzative, normative e compensi, comprensivi dei contributi ENPAM, concordati dalle Regioni con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale.
2. I compensi vengono corrisposti il mese successivo allo svolgimento dell'attività.

Capo V - L'emergenza sanitaria territoriale

Articolo 62
Generalità e campo di applicazione.

1. Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1-bis del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, l'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente ed in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e dell'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17 maggio 1996.

Articolo 63
Individuazione e attribuzione 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 pubblicarsi ai fini della successiva copertura.
2. Individuata la vacanza di incarico, la 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 assistenza primaria, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria Territoriale, come individuati al precedente comma 1.
4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dai precedenti commi:
 - a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno due anni e da almeno tre 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;
 - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

- b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al capo III;
- b2) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
- b3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.
5. I medici concorrenti devono essere in possesso, per accedere ai servizi di emergenza sanitaria territoriale, dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 22, comma 5, del D.P.R. n. 292/1987, dall'art. 22 del D.P.R. n. 41/1991 o dall'art. 66 del D.P.R. n. 484/1996 e dall'art. 66 del presente accordo.
6. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/2 o Q/5.
7. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera «L». Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico.
8. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti i medici di cui al punto b3), lettera b), comma 4 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
- a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;
- b) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito della Azienda nella quale è vacante l'incarico 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 alla attribuzione dell'incarico;
- c) attribuzione di punti 15 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 alla retribuzione dell'incarico.
9. 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.
10. L'Azienda provvede alla convocazione, mediante raccomandata A.R. o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.
11. L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 4 in base alla anzianità di servizio; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 4, lettere b1) e b2) secondo l'anzianità di servizio, e b3) in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 8.
12. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 4, lettera a) è determinata sommando:
- a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale;
- b) l'anzianità di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, ancorché già computato nell'anzianità di cui alla lettera a).
- I periodi di assenza per gravidanza, puerperio, malattia o infortunio sono considerati servizio effettivo ai sensi del presente comma.
13. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

14. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile, a cui il medico ha titolo in base alle priorità, tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.

15. 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.

16. La Regione, sentito il comitato di cui all'art. 12 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

17. È cancellato dalla graduatoria regionale, ai soli fini degli incarichi concernenti la emergenza sanitaria territoriale, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo.

18. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui al precedente comma 4 lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

Articolo 64

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'Azienda, eccezionalmente e per un massimo di mesi otto non rinnovabili, può conferire incarichi provvisori ai sensi dell'art. 67, comma 3, oltre che per 38 ore settimanali, anche a tempo parziale per 24 ore settimanali; in tale caso lo svolgimento di altre attività compatibili comporta la riduzione di queste in misura corrispondente all'eccedenza. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in relazione ad obiettive difficoltà di organizzazione del servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell'emergenza sanitaria territoriale.

3. L'orario complessivo dell'incarico a tempo parziale di cui al precedente comma e quello risultante da altre attività orarie compatibili non può superare le 38 ore settimanali.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

Articolo 65

Compiti del medico - Libera professione.

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti retribuiti con la quota fissa oraria:

a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterno al presidio ospedaliero, con mezzo

attrezzato secondo la vigente normativa;

b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenza;

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 di cui al comma precedente 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 sanitarie e nelle strutture di pronto soccorso dei

presidi ospedalieri dell'Azienda stessa facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;

b) essere utilizzati per attività 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 ed ala rotante.

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 non medico del servizio.

4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale in possesso del titolo di

formazione possono essere attribuiti anche compiti di formazione e aggiornamento del personale medico del servizio.

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 addetto alla centrale operativa deve essere fisicamente presente al suo posto durante il turno di servizio.

7. Il medico in turno di servizio assistenziale 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.

8. 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'art. 68.

9. Il medico incaricato per le attività di emergenza sanitaria territoriale può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali. Il medico che svolge attività libero professionale, deve

rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in tal senso.

Articolo 66

Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza.

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall'articolo precedente 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.

2. Le Regioni formulano, con i criteri di cui all'art. 8, comma 1 e tenendo conto delle linee guida

previste dall'Allegato del presente Accordo, 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.

3. Le Aziende di norma quantificano entro il 30 giugno dell'anno precedente 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 pubblicità sul Bollettino Ufficiale regionale.

4. Ai corsi partecipano, i medici già incaricati nei servizi di continuità assistenziale residenti nella stessa Azienda secondo l'anzianità di incarico; in carenza di medici disponibili possono partecipare ai

corsi i medici incaricati di continuità assistenziali residenti in Aziende limitrofe, secondo l'anzianità di

incarico.

5. In caso di mancanza di medici disponibili alla frequenza del corso di idoneità alle attività di emergenza sanitaria territoriale tra quelli aventi diritto ai sensi del comma 4, la Azienda può ammettere

al corso un numero di medici incaricati di continuità assistenziale in ambito regionale pari ai relativi posti vacanti e secondo l'anzianità di incarico.

6. Qualora, dopo aver individuato gli aventi titolo ai sensi dei commi precedenti, sussista una ulteriore

disponibilità di posti, questi vengono assegnati secondo l'ordine della graduatoria regionale.

7. 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 unità sanitarie locali.

Articolo 67

Sostituzioni, incarichi provvisori - Reperibilità.

1. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio della Azienda la impossibilità di assicurare l'attività durante il turno previsto, qualora egli non sia in grado di

farlo tempestivamente, contatta il responsabile della centrale operativa affinché, utilizzando la lista di

cui al comma 11, provveda alla sostituzione.

2. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni previste dall'articolo 5, deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda con incarico provvisorio.

3. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, l'Azienda può conferire incarichi provvisori, secondo le disposizioni

di cui al successivo comma 5. L'incarico provvisorio non può essere superiore a otto mesi. Un ulteriore incarico può essere conferito presso la stessa Azienda allo stesso medico solo dopo una interruzione di almeno 30 giorni dalla cessazione del precedente incarico provvisorio di emergenza sanitaria. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo

indeterminato.

4. 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

provvisori della durata massima di mesi sei non rinnovabili, a medici inseriti nella graduatoria regionale

in possesso dell'attestato di cui all'art. 63, comma 5.

5. Gli incarichi provvisori conferiti dall'Azienda ai sensi dei precedenti commi 3 e 4, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella vigente graduatoria in possesso dell'attestato di cui all'art. 63 comma 5, e secondo l'ordine delle stesse, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.

6. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalità di cui al precedente comma 5.

7. Considerate le peculiarità del servizio di emergenza territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze imprevedute od improvvise, in ogni centrale operativa, almeno un medico del servizio di emergenza è, a rotazione, tenuto in reperibilità domiciliare per turni di 12 ore.

8. 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.

9. Ulteriori reperibilità possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell'ambito del servizio.

10. 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 della pubblicazione del presente Accordo.

11. L'Azienda Sanitaria Locale fornisce alla centrale operativa copia dell'elenco dei medici reperibili, comprensiva del relativo indirizzo e del recapito telefonico presso cui ciascuno può essere reperito ed i turni ad essi assegnati.

Articolo 68

Trattamento economico - Riposo annuale - Assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico.

1. Per compiti di cui all'art. 65, comma 1 ai medici addetti ai servizi di emergenza sanitaria territoriale spettano i compensi per ogni ora di attività secondo la seguente tabella:

01.01.9901.01.2000	onorario professionale	20.12320.405	incremento quadriennale	646656	indennità piena disponibilità	2.6102.646	incremento quadriennale i.p.d.	317322
--------------------	------------------------	--------------	-------------------------	--------	-------------------------------	------------	--------------------------------	--------

2. L'onorario professionale è incrementato, per ogni ora di attività, dell'importo indicato in tabella al compimento di ogni quadriennio di anzianità di laurea dal primo giorno del mese successivo.

3. L'indennità di piena disponibilità spetta al medico che svolge esclusivamente attività di emergenza sanitaria territoriale ad eccezione dei rapporti convenzionali di assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi e della libera professione di cui all'art. 65. Tali medici debbono optare tra l'indennità di cui alla presente lettera e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo; l'indennità è incrementata dell'importo indicato in tabella per ogni quadriennio di anzianità di laurea, dal primo giorno del mese successivo.

4. Il compenso aggiuntivo è corrisposto con i criteri di cui all'art. 17, comma 1, lett. d), del D.P.R. n. 41/1991. I compensi sono determinati nella misura corrisposta al 30 aprile 1992, salvi gli incrementi di

cui al presente accordo, come specificato all'art. 45, lettera A2, comma 2.

5. Per lo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 67, comma 8, è corrisposto al medico un compenso

per ogni ora di incarico pari a lire 1.713, con decorrenza 1° gennaio 2000.

6. Gli accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 65, commi 2, 3, 4 e 5

nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai

medici che partecipano alle attività relative agli accordi medesimi.

7. Su tutti i compensi di cui al 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, 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, nella misura del 13% di cui l'8,

125% a proprio carico e il 4,875% a carico del medico.

8. L'Azienda versa all'ENPAM, con i tempi e le modalità di cui al comma precedente, un contributo dello 0,36% sull'ammontare delle voci onorario professionale e compenso aggiuntivo, di cui ai commi 1

e 4, affinché questo provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo provvedono a stipulare apposito accordo, mediante procedura negoziale aperta

ad evidenza pubblica, contro il mancato guadagno del medico per malattia, gravidanza, puerperio e infortunio, anche in relazione al disposto della legge n. 379/1990.

9. I compensi sono corrisposti dalla Azienda direttamente al medico che svolge l'attività.

10. Al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi, 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.

11. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a causa od 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 in occasione dello svolgimento di

attività intra-moenia ai sensi dell'art. 65 del presente Accordo.

12. La copertura assicurativa di cui al comma 11 è estesa anche ai danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal presente Accordo.

13. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:

a) lire 1,5 miliardo per morte od invalidità permanente;

b) lire 100.000 giornaliere per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.

14. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

15. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria

attività professionale di istituto.

Capo VI - Gli accordi regionali

Articolo 69

Àmbiti convenzionali di livello regionale.

1. Gli Accordi regionali di cui all'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle regioni rispetto a quelli dell'Accordo collettivo nazionale e coerenti con i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.
2. Gli accordi regionali, definiscono i compiti e le attività svolte dai medici di medicina generale:
 - a) in forma aggiuntiva a quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale;
 - b) in forma associativa complessa ed integrata;
 - c) per il rispetto di livelli di spesa programmati.
3. Nell'ambito degli Accordi di cui al presente Capo, le Regioni definiscono ed indicano le modalità tecnico-organizzative per l'armonizzazione delle attività di medicina generale assicurate dalle diverse Aziende.
4. La armonizzazione dell'attività delle diverse Aziende assume particolare rilievo riguardo alla realizzazione di azioni programmatiche e progetti assistenziali mirati, oltre che di specifici interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria, particolarmente per quelli che interessano cittadini assistiti da medici operanti nello stesso comune e iscritti negli elenchi di Aziende diverse.

Articolo 70

Prestazioni e attività aggiuntive.

1. Gli accordi regionali possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, per:
 - a) interventi sanitari relativi all'età anziana, con la formulazione del piano assistenziale, compresa la parte riabilitativa e la compilazione di una scheda di rilevazione dei bisogni degli anziani a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e delle collettività;
 - b) assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali, in un rapporto coordinato e secondo linee guida professionali definite a livello nazionale o regionale;
 - c) processi assistenziali riguardanti patologie sociali secondo protocolli che definiscono le attività del medico generale e i casi di ricorso al livello specialistico (diabete, ipertensione, forme invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma, forme neurologiche, ecc.);
 - d) assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale, anche in forma sperimentale con particolare riguardo alle cure palliative;
 - e) sperimentazione di iniziative di telemedicina (telesoccorso, cardiotelefono, teleconsulto, ecc.);
 - f) partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale (es. progetti obiettivo) coinvolgenti il medico generale per prestazioni non previste dall'Accordo nazionale;
 - g) prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato D), parte «A» e «B».
2. Gli accordi regionali possono definire linee guida di priorità in merito a:
 - a) iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute (attività motoria, incidenti domestici e stradali, rischio alimentare, tabagismo, alcolismo, uso di droghe, pianificazione familiare, malattie a trasmissione sessuale, cadute dell'anziano, ecc.), nei confronti di singoli soggetti o gruppi di popolazione;
 - b) attività di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione, in particolare contro i rischi

oncologici (utero, seno, colonretto, melanoma, ecc.), metabolici e cardiovascolari, anche mediante richiamo periodico delle persone sane.

3. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento delle seguenti attività:

a) partecipazione a procedure di verifica della qualità che, oltre a promuovere la qualità delle prestazioni sanitarie, costituisca un aspetto del processo di verifica dei tetti di spesa sulla base di revisioni tra pari e applicazione di linee guida, così da determinare la eliminazione o la correzione di

difetti nella erogazione delle prestazioni;

b) svolgimento di attività di ricerca epidemiologica, compresa la segnalazione di eventi sentinella e la

partecipazione alla tenuta di registri per patologie, sulla base di protocolli concordati a livello regionale;

c) attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale, presidi delle Aziende ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di

prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (medico generale - specialista -

servizi ospedalieri), anche a fini di ricerca epidemiologica e di management della spesa;

d) fornitura di dati sanitari, anche attraverso flussi informativi, a fini epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.

4. Gli accordi regionali devono prevedere la disciplina dell'attività didattica e tutoriale dei medici di medicina generale, con particolare riguardo alla formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 8 agosto 1991, n. 256 e D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368.

Articolo 71

Associazionismo medico.

1. Gli accordi regionali disciplinano, in via esclusiva, la sperimentazione di ulteriori forme associative

oltre a quelle previste dall'articolo 40, tra medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente Accordo.

2. Tra le forme associative sperimentali negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrate che prefigurano la presenza al proprio interno di differenti figure professionali

mediche e non, con elementi di elevata integrazione dell'assistenza ambulatoriale o che realizzino livelli

assistenziali, anche del tipo di ricovero residenziale e semi residenziale che possano costituire alternativa al ricovero in strutture ospedaliere.

3. La sperimentazione delle forme associative, come individuate ai sensi dei precedenti commi, può prevedere:

a) la gestione da parte della associazione di locali, attrezzature e personale, forniti direttamente dalle Aziende o indirettamente attraverso accordi con altri soggetti;

b) la gestione di studi e attività professionali complesse, sulla base di appositi standard definiti a livello nazionale o regionale;

c) differenti modalità di erogazione dei compensi;

d) la dislocazione delle sedi e il collegamento funzionale tra queste.

4. La sperimentazione delle forme associative è finalizzata anche ad utilizzare l'attività di altri operatori

sanitari da parte dell'associazione per erogare prestazioni ulteriori, rispetto a quelle fornite dal medico

di medicina generale, in particolare:

a) assistenza specialistica di base;

b) prestazioni diagnostiche;

c) assistenza infermieristica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;

d) assistenza sociale, integrata alle prestazioni sanitarie ove consentita in base alle norme regionali.

5. L'associazione può partecipare allo svolgimento delle attività e compiti previsti dagli accordi regionali di cui agli artt. 70 e 72.

Articolo 72

Programmi di attività e livelli di spesa programmati.

1. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f), del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

2. Agli effetti del presente Accordo e nell'ambito di programmi aziendali e distrettuali concernenti anche il rispetto di limiti tecnici di spesa per micro e macro attività, sono definiti livelli di spesa programmati gli obiettivi da raggiungere secondo scaglionamenti e percorsi condivisi e concordati tra

Azienda e/o distretto e organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, facenti parte di un dettagliato progetto complessivo che costituisce il supporto tecnico-operativo del livello programmato di spesa.

3. I livelli di spesa programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati

a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

4. Il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato, secondo il disposto del D.Lgs. n. 502/1992 e

successive modificazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.

5. Sono individuati livelli di spesa di:

- a) primo grado, quando il progetto interessi microattività cliniche o gestionali distrettuali;
- b) secondo grado, quando il progetto interessi macroattività cliniche o gestionali distrettuali;
- c) terzo grado, quando il progetto interessi aree di attività cliniche o gestionali Aziendali.

6. I progetti a livello di spesa programmato devono comunque essere realizzati tenendo conto:

- della spesa storica corrispondente;
- dell'analisi dello spettro di popolazione di riferimento in relazione all'obiettivo proposto;
- dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;
- della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto;
- di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;
- della distinzione delle spese direttamente indotte dai medici di medicina generale e quelle da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;
- dell'effetto derivante da incrementi dei costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci o introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);
- di eventuali altre disposizioni previste dagli Accordi regionali e aziendali.

7. Il progetto a livello di spesa programmato deve prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e

di revisione di qualità, al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

8. Gli Accordi regionali o aziendali definiscono la tipologia degli incentivi previsti per i progetti a livello

di spesa programmato (disponibilità di beni e servizi, finanziamento delle attività distrettuali, premi parziali per i medici, ecc.) e la loro eventuale articolazione all'interno del progetto.

Articolo 73

Contrattazione.

1. Gli accordi regionali sono stipulati dall'organo competente secondo l'ordinamento regionale e dai

- sindacati maggiormente rappresentativi dei medici di medicina generale ai sensi dell'art. 10, comma 9.
2. La contrattazione per la definizione degli Accordi regionali è arrivata entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente accordo sulla Gazzetta Ufficiale.
 3. Il Presidente dell'Ordine provinciale del capoluogo di regione, o suo delegato, sottoscrive gli Accordi per gli aspetti di deontologia professionale. Qualora gli Accordi regionali non riguardino tutto l'ambiente regionale ma una o alcune Aziende, i Direttori Generali partecipano alla trattativa e li sottoscrivono.
 4. Eventuali rilievi da parte ordinistica all'Accordo Regionale sono effettuati entro 30 giorni dal suo ricevimento.
 5. Le parti firmatarie, esaminati i rilievi mossi da parte ordinistica, riesaminando l'Accordo per le parti contestate ed assumono, ove lo ritengano opportuno, le necessarie modifiche.
 6. Gli accordi regionali sono vincolanti nei confronti dei medici convenzionati nella Regione per i compiti previsti. In alternativa può essere espressamente prevista, per altre attività, l'adesione volontaria ad iniziative specifiche contenute negli accordi.
 7. Gli accordi regionali possono prevedere, in relazione alle specificità del loro contenuto:
 - il possesso di particolari requisiti da parte del medico convenzionato per la partecipazione alle attività concordate;
 - l'uso da parte dei medici convenzionati di locali, attrezzature e personale fornito direttamente dalla Azienda, o mediante rapporti con terzi, o dai medici stessi;
 - appositi standard di ambulatorio per le prestazioni oggetto di accordo.
 8. Gli Accordi regionali devono prevedere altresì:
 - a) la disciplina dei rapporti tra dirigenti delle attività distrettuali e i medici convenzionati in relazione al tipo di attività;
 - b) la regolamentazione dei rapporti tra gli operatori coinvolti.

Articolo 74 Compensi.

1. Gli Accordi regionali disciplinano le modalità di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti, in rapporto al tipo di attività svolta dal medico convenzionato, anche in forma associata, nelle seguenti forme:
 - a) quota capitaria annuale (es.: rispetto livello di spesa programmata);
 - b) quota capitaria per caso trattato (es.: anziani piano assistenziale e scheda bisogni);
 - c) a prestazione (es.: prestazioni aggiuntive ulteriori, fornitura dati sanitari);
 - d) a compenso orario (es.: didattica);
 - e) a compenso fisso per obiettivo (es.: verifica qualità);
 - f) rimborso spese (es.: attivazione sistema informativo integrato).
2. Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale può essere prevista la fornitura di personale, locali ed attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui al comma precedente.
3. Anche ai fini della ristrutturazione del compenso al medico, le parti possono concordare l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sull'assegnazione a gruppi di medici di budget virtuali o reali.

Articolo 75 La contrattazione aziendale.

1. Gli Accordi regionali di cui al presente Capo disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, da svolgersi presso il Comitato di cui all'art. 11, definendo le linee guida degli accordi

decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica rispetto agli obiettivi generali della programmazione regionale, particolarmente in maniera di:

- a) ambito di riferimento;
- b) tempi di riferimento;
- c) obiettivi assistenziali;
- d) strumenti operativi;
- e) modelli di distrettualizzazione;
- f) modelli di VRQ;
- g) effetti temporali.

Articolo 76

Condizioni disagiate di attività professionale.

Nell'ambito degli Accordi regionali di cui al presente Capo possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale, quali, ad esempio, la frammentazione degli insediamenti abitativi nell'anno territoriale, l'onerosità dei locali di studio, le difficoltà di percorrenza nei tragitti per le attività domiciliari.

Norme finali

Norma Finale n. 1

1. I medici che alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivi il presente Accordo risultano iscritti negli elenchi dei medici di assistenza primaria convenzionati con le Aziende sono confermati nel rapporto convenzionale, salvi il possesso dei requisiti prescritti e l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità.
2. I medici incaricati ai sensi del D.P.R. n. 41/1991 e confermati in forza dell'art. 8, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, e i medici incaricati a tempo indeterminato in base all'assegnazione delle zone centri di continuità assistenziale, sono confermati ed utilizzati in modo integrato nell'ambito delle funzioni di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale di cui ai Capi III e V.

Norma Finale n. 2

1. Le Aziende, salvo diverse determinazioni regionali, entro 12 mesi dalla Pubblicazione del presente Accordo, nei confronti dei medici di emergenza sanitaria territoriale incaricati a tempo indeterminato per un numero di ore inferiore a 38, provvedono alla conferma per un incarico a tempo pieno, cioè a 38 ore settimanali. Tale incremento di orario è effettuato solo qualora sia determinato dalle esigenze del servizio e nell'ordine derivante dalla anzianità dell'incarico a tempo indeterminato.

Norma Finale n. 3

1. Al fine di adeguare l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attività della medicina dei servizi, alla normativa prevista dall'art. 8, comma 1 e 1-bis, del D.Lgs. n.

502/1992, come successivamente modificato ed integrato, le parti approvano il testo di cui all'Allegato «

N» che costituisce la disciplina giuridica ed economica del rapporto di lavoro dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato, in sostituzione della regolamentazione prevista dall'Allegato «N» al D.P.R. n. 484/1996.

2. I medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi del Capo II del D.P.R. n. 218/1992 e confermati

in forza all'art. 8, comma 1-bis del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, sono

utilizzati nelle attività orarie indicate dal suddetto decreto presidenziale.

Norma Finale n. 4

1. Qualora non sia iniziata la trattativa per il rinnovo dell'Accordo entro la scadenza stabilita, le parti si

impegnano a definire, con specifica trattativa, da concludersi entro 90 giorni dalla data della scadenza

dell'Accordo, le variazioni annuali della voce «concorso delle spese per l'erogazione delle prestazioni

del servizio sanitario» facente parte del compenso capitaro.

Norma Finale n. 5

1. Le parti convengono che, in caso di mancato rinnovo contrattuale, il conferimento degli incarichi di

assistenza primaria e di continuità assistenziale relativi agli àmbiti territoriali e agli incarichi vacanti rilevati dal 2001 avviene nella misura del 67% e del 33% a favore rispettivamente degli aspiranti di cui

all'articolo 3, comma 6, lettera a) e lettera b). Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande

di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due percentuali di aspiranti, le stesse vengono assegnate

all'altra percentuale di aspiranti.

Norma Finale n. 6

1. Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2, 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, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare alla assegnazione degli incarichi vacanti

e degli àmbiti territoriali carenti nell'àmbito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 3, comma 6,

lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio.

Norma Finale n. 7

1. Le parti concordano che la dicitura Medico di libera scelta, medico di assistenza primaria e medico

di famiglia sono usati, nel testo dell'Accordo come sinonimi.

Norma Finale n. 8

1. Ai fini del calcolo del rapporto ottimale, i medici ex-associati concorrono, a tutti gli effetti e non in

sovrannumero, alla determinazione del numero di medici iscrivibili negli elenchi della assistenza

primaria, così come definito all'articolo 19, comma 7 e all'Allegato B del presente Accordo.

Norma Finale n. 9

1. Gli Accordi regionali disciplinano le modalità con cui gli studi associati di medici di assistenza primaria possono concordare con l'Azienda l'attribuzione allo stesso studio associato di una parte della retribuzione convenzionale dei propri medici, fermi restando gli obblighi di contribuzione ENPAM sull'intero ammontare dei compensi di ogni singolo professionista.

Norma Finale n. 10

1. Ai medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994 è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale da parte delle Aziende nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo ed ai medici di cui alle norme transitorie n. 6 e n. 7 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati inviano, alle Aziende, apposita domanda di inserimento in un elenco separato, specificando il possesso dei requisiti idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma sono graduati nell'ordine dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea, dalla minore età.

Norma Finale n. 11

1. Al medico che alla data di pubblicazione del presente Accordo abbia già dichiarato una autolimitazione del proprio massimale delle scelte inferiori a quanto previsto dall'articolo 25, comma 6, tale autolimitazione è confermata a richiesta, da esercitarsi entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, e fino a che la propria posizione soggettiva resti immutata.

Norma Finale n. 12

1. I medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda già individuata per il personale dipendente lo stato di inidoneità sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono utilizzati nei servizi a terra delle centrali operative o collaborano nei presidi fissi delle attività di emergenza o di Pronto Soccorso.

Norma Finale n. 13

1. Lo stato di gravidanza nel periodo di astensione obbligatoria dal lavoro al momento di attribuzione dell'incarico non è ostativo al suo conferimento ma ne determina l'immediata sospensione.

Norma Finale n. 14

In considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione e del conseguente incremento delle patologie cronico-degenerative, le parti convengono che gli Accordi regionali siano

prioritariamente indirizzati a dare impulso, allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare nelle forme previste dal presente Accordo, ed in particolare dell'assistenza domiciliare integrata, e di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.

Norme transitorie

Norma Transitoria n. 1

1. I minori che abbiano compiuto il sesto anno di età possono essere assegnati al medico di medicina generale.

Norma Transitoria n. 2

1. Nell'anno di pubblicazione del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si utilizzano i criteri di assegnazione e la graduatoria regionale di cui al D.P.R. n. 484/1996.
2. Nell'anno successivo a quello di pubblicazione del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si utilizza la graduatoria redatta ai sensi del D.P.R. n. 484/1996.

Norma Transitoria n. 3

1. Le parti convengono che i procedimenti disciplinari pendenti alla data di pubblicazione del presente accordo, vengono definiti secondo i criteri e le procedure di cui agli Accordi collettivi nazionali vigenti alla data delle relative contestazioni.

Norma Transitoria n. 4

1. Il disposto di cui all'art. 4, comma 4, del presente Accordo non si applica, per la sola durata della presente convenzione e fatta salva la perdita, per scelta intercorrente del medico, di uno o più dei rapporti convenzionali detenuti, ai medici che alla data di pubblicazione del presente Accordo siano già titolari di più di due rapporti convenzionali.

Norma Transitoria n. 5

1. In attesa della effettiva operatività delle norme concernenti la formazione professionale da attuarsi secondo la disciplina prevista dal D.Lgs. n. 502/1992, come successivamente modificato, ed in base all'art. 8 del presente Accordo, continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'art. 8 dell'Accordo collettivo nazionale reso esecutivo con il D.P.R. n. 484/1996.

Norma Transitoria n. 6

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale, è concessa, al fine di consentire la piena operatività della rete degli operatori dell'emergenza, l'attribuzione di incarichi provvisori di emergenza sanitaria, nei casi in cui questi non siano attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria

regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo e in possesso del previsto attestato, per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di idoneità previsto, inviano alle Aziende apposite

domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma sono graduati nell'ordine dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea, dalla minore età.

Norma Transitoria n. 7

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/1991 nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale è consentita, al fine di non creare

discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina

generale nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui

all'art. 2 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di formazione specifico, inviano alle Aziende apposite

domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma sono graduati nell'ordine dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea, dalla minore età.

Norma Transitoria n. 8

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del D.Lgs. n. 229/1999 dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto

sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, le parti convengono che il termine per l'entrata in vigore a

regime del limite di età per la cessazione del rapporto convenzionale previsto dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo collettivo nazionale, sarà individuato a seguito di specifica intesa tra le

parti firmatarie della presente convenzione nazionale, dopo che saranno definiti e disciplinati nelle sedi

competenti con il concorso dell'ENPAM e delle parti firmatarie stesse, gli aspetti ed effetti previdenziali conseguenti all'introduzione dei nuovi limiti di età, secondo quanto stabilito dall'art. 15-

nonies del D.Lgs. n. 229/1999.

2. Fino a quando non entrerà in vigore il limite di età stabilito dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo collettivo nazionale, continua ad applicarsi l'art. 6, comma 1, lettera a), del D.P.R. n. 484/1996.

Norma Transitoria n. 9

1. Le parti convengono che il presente Accordo collettivo nazionale, compresi i suoi allegati, rimane in

vigore fino a che non sia stato perfezionato e reso esecutivo con la pubblicazione del Decreto del Presidente della Repubblica, l'Accordo collettivo nazionale valido nel triennio successivo, con

decorrenza 1° gennaio 2001, come previsto dall'art. 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche.

Norma Transitoria n. 10

1. Sono fatti salvi per la durata prevista gli effetti giuridici ed economici stabiliti dagli Accordi regionali vigenti in favore dei medici impegnati nelle attività di emergenza sanitaria territoriale.

Norma Transitoria n. 11

1. Il termine di tre anni di cui all'art. 6, comma 3, decorre dalla data di pubblicazione del presente Accordo.

Norma Transitoria n. 12

1. Sono fatti salvi, per la durata prevista, gli effetti giuridici ed economici stabiliti dagli Accordi regionali vigenti stipulati ai sensi del Capo VI del D.P.R. n. 484/1996.

Dichiarazione a verbale

Dichiarazione a Verbale n. 1

Le parti raccomandano al Ministero della sanità che tra i titoli di servizio valutabili ai fini dei concorsi per il personale medico dipendente del S.S.N. sia dato rilievo all'attività di medico di medicina generale convenzionato, con particolare riguardo agli addetti ai servizi di emergenza sanitaria territoriale e di medicina dei servizi.

Dichiarazione a Verbale n. 2

1. Le parti chiariscono che le dizioni Regioni, Amministrazione regionale, Giunta regionale, Assessore regionale alla sanità usate nel testo dell'accordo valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle province autonome di Trento e Bolzano.

Dichiarazione a Verbale n. 3

1. Le parti raccomandano al Ministero della Sanità che una rilevante percentuale dei posti disponibili per la frequenza ai corsi di formazione di medicina generale, previsti dal D.Lgs. n. 256/1991 e successive modificazioni, sia riservata a medici abilitati all'esercizio professionale dopo il 31 dicembre 1994.

Dichiarazione a Verbale n. 4

1. Le parti chiariscono che la dizione «medico di medicina generale» si riferisce a tutti i medici convenzionati con le Aziende ai sensi del presente Accordo.

Dichiarazione a Verbale n. 5

1. Le parti convengono che tra i compiti affidati ai medici dal presente Accordo non rientrano le

funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria.

Dichiarazione a Verbale n. 6

1. Le parti si impegnano a dare preferenza nel conferimento degli incarichi per le centrali di ascolto ai medici portatori di handicap motori o visivi, in ordine di anzianità di laurea o, in subordine, di voto di laurea.

Dichiarazione a Verbale n. 7

1. Le parti raccomandano al Ministero della Sanità, di emanare, sentite le parti interessate, una norma idonea ad adeguare il modello prescrizione-proposta di cui al D.M. n. 350/1988, alla normativa vigente anche per le esigenze poste dalla compensazione infraregionale e extraregionale nonché dalla nuova impostazione del regime di esenzione del cittadino dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

2. Le parti raccomandano inoltre al Ministero della Sanità l'adozione di idonei strumenti normativi e tecnici atti a consentire la puntuale individuazione del medico prescrittore, anche al fine di facilitare l'attribuzione delle specifiche responsabilità nell'ambito del rispetto dei livelli di spesa programmati.

Dichiarazione a Verbale n. 8

1. Le parti convengono di affrontare, d'intesa con la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri, tutte le tematiche deontologiche poste dalla «Carta dei servizi sanitari» con riferimento anche alla evidenziazione della qualificazione professionale del medico.

Dichiarazione a Verbale n. 9

1. Nei confronti dei medici iniettori e prelevatori di cui all'Accordo collettivo nazionale del 22 dicembre 1978, titolari di incarico alla data di pubblicazione del presente Accordo, è riconosciuta per intero l'anzianità di servizio maturata, senza soluzione di continuità, anteriormente alla data del 22 novembre 1979 presso i disciolti Enti mutualistici.

Dichiarazione a Verbale n. 10

Le parti, per agevolare i medici che hanno conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale, in quelle regioni in cui tale corso di formazione sia iniziato l'anno successivo a quello di promulgazione del bando, sollecitano il Ministero della Sanità ad emanare - un dispositivo di legge che consenta a tali medici di poter essere inseriti nella graduatoria regionale unica valida per l'anno successivo a quello di conseguimento del relativo titolo.

Dichiarazione a Verbale n. 11

Le parti concordano che occorra operare, anche attraverso modifiche legislative e/o Accordi regionali, affinché la certificazione di idoneità per la pratica di attività sportive non agonistiche, venga effettuata esclusivamente o prevalentemente dai medici di famiglia.

In tale contesto è auspicabile che, accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi, siano tutelati quei cittadini, soprattutto giovani, che, senza alcun esborso economico diretto o indiretto,

aderiscono a società sportive.

Dichiarazione a Verbale n. 12

Le parti auspicano che, anche mediante idonee modifiche legislative, possa essere consentito ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale di poter essere iscritti alle scuole di specializzazione di cui ai D.Lgs. n. 257/1991 e D.Lgs. n. 368/1999.

Dichiarazione a Verbale n. 13

Le parti convengono sull'opportunità che gli Accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi individuano le modalità atte ad assicurare, in ogni ambito territoriale carente, l'assistenza all'interno del Servizio sanitario nazionale, mediante l'esercizio della libera scelta del medico da parte dell'assistito.

Dichiarazione a Verbale n. 14

Le parti, nel ribadire l'importante funzione che può essere svolta dalle varie forme associative per il miglioramento della qualità dell'assistenza, in coerenza con le previsioni del D.Lgs. n. 229/1999, convengono sull'opportunità che la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, costituiti sulla base della normativa vigente, valorizzi il ruolo delle varie forme societarie che il decreto legislativo stesso individua come partners nel perseguimento degli obiettivi dichiarati.

Allegato A

Domanda di partecipazione alla graduatoria regionale di medicina generale

RACCOMANDATA Bollo All'assessorato alla Sanità Regione Il sottoscritto
Dott. nato a prov. il M F codice fiscale Comune di
residenza prov. indirizzo n. CAP tel. Azienda U.S.L. di
residenza CHIEDE secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina
generale ex art. 8 del
decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, di essere inserito nella
graduatoria regionale di
medicina generale, a valere per l'anno ,A tal fine acclude alla presente la seguente
documentazione: n. 1 Certificato di iscrizione all'Ordine
dei Medici rilasciato il (v. nota) n. Documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini
della graduatoria predetta - e
specificati nel prospetto interno; ovvero autocertificazione e dichiarazione sostitutiva. Chiede che
ogni comunicazione indirizzata presso: la propria residenza il domicilio sotto
indicato: c/o Comune provincia indirizzo n. CAP Data firma per
esteso AVVERTENZE IMPORTANTI- L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di
rilascio non antecedente a 6 mesi dalla
data di presentazione della domanda. La mancata presentazione di questo documento o la sua
incompletezza comporta l'esclusione dalla
graduatoria.- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in originale o
copia autentica,
in regola con le norme sull'imposta di bollo, secondo le disposizioni di legge vigenti.- Il certificato
di laurea, rilasciato dalla Università degli studi, deve essere allegato anche se la
votazione ivi riportata non dà diritto a punteggio, tranne se già agli atti.- I documenti allegati alla
domanda per l'inserimento nella graduatoria eventualmente presenti negli
anni precedenti, sono acquisiti agli atti purché ne venga fatto espresso riferimento e sempre che
siano tali da poterne consentire la

dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento (0,10 punti per mese per un massimo di 12 mesi) dalalTotale m.x0,10 p.**- Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo **il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale (D.P.R.), limitatamente al periodo di concomitanza (0,20 punti per mese) dalalTotale m.x0,20 p.- Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi [3] (0,10 punti per mese di attività) dalal= m.gg.dalal= m.gg.dalal= m.gg.Totale m.x 0,10 = p.- Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti (0,05 punti per mese di attività) dalal= m.gg.dalal= m.gg.dalal= m.gg.Totale m.x 0,05 = p.**- Astensione obbligatoria per gravidanza e purperio durante il periodo di incarico nell'area della medicina generale (fino ad un massimo di mesi cinque per ogni evento); (0,20 punti per mese) dalal= m.gg.dalal= m.gg.dalal= m.gg.Totale m.x 0,20 = p.**- Astensione obbligatoria per gravidanza e purperio durante il periodo **di incarico di assistenza primaria nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento (fino ad un massimo mesi cinque per ogni evento); (0,30 punti per mese) dalal= m.gg.dalal= m.gg.dalal= m.gg.Totale m.x 0,30 = p.firma del medicoTotale punteggio complessivo[1] Barrare la colonna «A» in corrispondenza dei titoli che sono stati allegati alla presente domanda.[2] Barrare la colonna «B» in corrispondenza dei titoli che sono stati presentati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano da poterne consentire la valutazione.[3] Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

Allegato B
(art. 19)

Procedure tecniche per l'applicazione del rapporto ottimale

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.
2. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 19, comma 5 tale ambito non può comprendere una popolazione inferiore a 5.000 abitanti né può essere inferiore al territorio del comune anche se questo comprende più Aziende.
3. Si procede in questo modo.
4. Si stabilisce quale è la popolazione nell'ambito risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
5. Da tale quantità si detrae la popolazione che al 31 dicembre dell'anno precedente, pur anagraficamente residente nell'ambito territoriale, ha affermato la scelta del medico in altro ambito. Si aggiunge la popolazione non residente che effettuato la scelta nell'ambito.
6. Da questa quantità si detrae ulteriormente la popolazione in età pediatrica (0-14); ne risulterà un numero di abitanti che è quello utile al fine del rapporto ottimale.
7. A parte si prende l'elenco dei medici già operanti nella medicina generale nell'ambito in questione ivi compresi i medici ex-associati.
8. Ognuno di essi ha un proprio massimale o quota individuale derivante anche dalla applicazione delle limitazioni o dalla autolimitazione.

9. Ad ogni medico viene attribuito un valore ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale.

10. Esso sarà:

- uguale a 1.000 per tutti coloro che usufruiscono della quota individuale o che hanno un massimale superiore a 1.000

- pari al loro massimale se esso è inferiore a 1.000

11. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione

del rapporto ottimale.

12. La zona è carente se il risultato della sottrazione comporta un numero superiore a 500 e si inserirà

un medico per ogni 1.000 abitanti o frazione superiore a 500 in relazione al risultato della sottrazione.

13. Esempio:

Àmbito territoriale 52.000 abitanti;

popolazione pediatrica 6.000 abitanti;

abitanti che hanno scelto il medico fuori àmbito 1.500;

abitanti fuori àmbito che hanno scelto il medico nell'àmbito 50;

al fine dell'applicazione del rapporto ottimale abitanti 44.550.

Al fine del rapporto ottimale:

Abitanti 52.000

Popolazione pediatrica 6.000

Medici inseriti nell'àmbito:

4 a 1.800 scelte di massimale

valgono 4.000 (4x1.000)

20 a 1.500 scelte di massimale

valgono 20.000 (20x1.000)

3 a 1.000 scelte di massimale

valgono 3.000 (3x1.000)

5 a 750 scelte di massimale

valgono 3.750 (5x750)

12 a 500 scelte di massimale

valgono 6.000 (12x500)

Totale 36.750

La zona è carente: $44.550 - 36.750 = 7.800$.

Devono essere inseriti 8 medici.

Allegato C

(art. 23)

Regolazione dei rapporti economici tra medico titolare e sostituto di assistenza primaria nei casi di sostituzione volontaria

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 23, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono

regolati tenendo conto della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

2. L'onorario professionale, deve essere corrisposto per intero al medico sostituto.

3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituto se relativi

a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre,

gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

4. Il compenso di cui all'articolo 45, lettera B1, è corrisposto al sostituto ove egli ne abbia diritto ai

sensi del comma 2 della stessa lettera B1.

5. Ai medici sostituiti spettano i compensi di cui all'art. 45, lettera C1 comma 2, lettera C2 commi 1 e 2, lettera C3, per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.

Allegato D
(art. 32-45)

Prestazioni aggiuntive

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di assistenza primaria sono quelle elencate, in calce al presente allegato D, nel nomenclatore-tariffario.

2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale convenzionato del medico di famiglia a seconda delle condizioni di salute del paziente.

3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli

sull'idoneità dello studio professionale, 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 numero di codice regionale 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 di prestazioni multiple autorizzate di cui all'Allegato S del presente Accordo, debitamente controfirmato dall'assistito, o da chi per lui, a conferma dell'avvenuta effettuazione delle prestazioni.

6. Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.

7. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento dai soggetti di cui all'art. 14, comma 4.

8. Al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lett. «C». Fermo quanto previsto dall'art. 6, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.

I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4.

9. Gli emolumenti riferiti alle prestazioni aggiuntive, con esclusione di quelle previste alla lett. «C», non possono superare mensilmente il 16,60% dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico a titolo

di onorario professionale di cui all'art. 45, lett. «A1, comma 1».

10. I medici della continuità assistenziale possono eseguire, nell'esercizio della propria attività convenzionale, le prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A del nomenclatore tariffario di cui al presente Allegato.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

A - Prestazioni eseguibili senza autorizzazione: Prestazioni 01.01.1999 01.01.2000 1. Prima medicazione (*) 23.53023.8602. Sutura di ferita superficiale 6.3406.4303. Successive medicazioni 11.76011.9304. Rimozione di punti di sutura e medicazione 23.53023.8605. Cateterismo uretrale nell'uomo 18.41018.7006. Cateterismo uretrale nella donna 6.8506.9507. Tamponamento nasale anteriore 10.74010.8908. Fleboclisi (unica-eseguibile in caso di urgenza) 23.53023.8609. Lavanda gastrica 23.54023.86010. Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica 11.76011.93011. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**) 17.60017.84012. Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili) 1.2301.240B) Prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria: Prestazioni 01.01.1999 01.01.2000 1. Ciclo di fleboclisi (per ogni fleboclisi) 17.60017.8402. Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione) 11.77011.9303. Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***) 2.3502.3904. Vaccinazioni non obbligatorie (****) 11.76011.930

C) Prestazioni, indicate a titolo esemplificativo, eseguibili nell'ambito degli accordi regionali e aziendali di cui al capo VI.

1. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico o della associazione di medici, di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linea guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato, correlato alle attività previste dall'art. 70.

2. A titolo esemplificativo si individuano alcune prestazioni correlate alle attività di cui all'art. 70, commi 1 e 2;

Anziani:

- test psicoattitudinali
- test per valutazione di abilità e di socializzazione
- test verbali e non, per valutazione cognitiva.

Prevenzione, diagnosi precoce, terapia e follow up, di:

- patologie infettive: iniezioni di gammaglobulina antitetanica, vaccinazioni individuali e partecipazione a campagne di vaccinoprofilassi;
- patologie sociali croniche (diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, dislipidemie): ECG, esame del fondo oculare, diagnostica di laboratorio (glicemia, glicosuria delle 24 ore, dosaggio dei lipidi plasmatici, ecc.);
- neoplasie: prelievo vaginale per esame oncocitologico, colposcopia con eventuale prelievo per citologia, ricerca del sangue occulto nelle feci, paracentesi, cateterismo vescicale, lavande vescicali, iniezione I.V. singola o a cicli (ad es. di antitumorali), fleboclisi o a cicli o quant'altro sia necessario a scopo preventivo o terapeutico;
- patologia reumatica e osteoarticolare: artrocentesi, iniezioni endoarticolari, ionoforesi;
- patologia respiratoria (asma, bronchite cronica, allergie): spirometria, iniezioni sottocutanee desensibilizzanti, cicli di aerosol (***)
- patologia genito-urinaria e disturbi della minzione: cateterismo, massaggio prostatico, uroflussimetria, prelievo vaginale per studio ormonale;
- pazienti sottoposti a manovre chirurgiche o comunque che necessitano di interventi di piccola chirurgia ambulatoriale: incisione di ascessi, riduzione di lussazione.

(*) 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. I compensi relativi alle vaccinazioni non obbligatorie non rientrano nel calcolo di cui al comma 6 del presente Allegato. La vaccinazione antinfluenzale è compensata con la tariffa di cui al presente Allegato anche nel caso previsto dall'art. 31, comma 3, lettera c), salvo quanto stabilito dall'art. 45, lettera A1, comma 2.

Allegato E

Scheda di accesso in ospedale

Caro collega, Invio in ospedale .1. paziente

signor1) Motivo del

ricovero2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto3) Dati estratti dalla scheda sanitaria Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero. Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata una esauriente

relazione clinica., LiDott. Recapito telefonico:

Allegato F

(art. 8)

Certificato di diagnosi per indennità di malattia
(art. 2, D.L. n. 663/1979 o art. 15 L. n. 155/1981)

INVARIATA.

Allegato G

Assistenza programmata domiciliare nei confronti dei soggetti non ambulabili

Articolo 1

Prestazioni domiciliari.

1. L'assistenza domiciliare programmata di cui all'art. 39, comma 1, lettera b), 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 confronto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
- indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
- indicazione 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 della Azienda per la 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.

Articolo 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 necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:

- insufficienza cardiaca in stadio avanzato;

- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;

- arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;

- gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;

- cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;

- paraplegici e tetraplegici.

Articolo 3

Procedure per l'attivazione dell'assistenza.

1. La segnalazione del caso abbinabile di assistenza domiciliare può essere effettuata alla Azienda

dal medico 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 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 famiglia 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 libera scelta,

al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportare 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, Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Articolo 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 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 di medicina generale 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.

Articolo 5

Compenso economico.

1. Al medico di medicina generale oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso

onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a lire 35.800 per accesso, a far data dal 1° gennaio 1999, e di lire 36.600 dal 1° gennaio 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.

Articolo 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.

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.

3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

4. la liquidazione deve avvenire nel secondo successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono

sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Articolo 7

Documentazione di distretto.

1. Presso ogni distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale 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 in ordine alfabetico.
3. Sulla base di apposito Accordo generale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

Articolo 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.

Articolo 9
Accordi decentrati.

1. In sede regionale possono concordare con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, particolari modalità integrative di erogazione della ADP in relazione a specifiche peculiarità geografiche e socio-ambientali che le giustificano.

Allegato H
(Artt. 32, 39, 45)

Assistenza domiciliare integrata

Articolo 1
Prestazioni.

1. L'assistenza domiciliare integrata di cui all'art. 39, comma 1, lettera a), è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:
 - di medicina generale;
 - di medicina specialistica;
 - infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
 - di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
 - di assistenza sociale.
2. 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.

Articolo 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 medicina generale 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.

Articolo 3

Procedure per l'attivazione.

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di medicina generale scelto dal paziente, 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 medicina generale;
- 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 medicina generale 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 famiglia deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico di assistenza primaria 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 medicina generale 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 medicina generale 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 servizi.

5. Il medico di assistenza primaria 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.

Articolo 4

Sospensione.

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

Articolo 5

Trattamento economico.

1. Al medico di medicina generale, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'art. 45 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di lire 35.800 dal 1° gennaio 1999 e lire 36.600 dal 1° gennaio 2000.
2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le scadenze 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 mediante l'accordo regionale di cui all'art. 39, comma 1, lettera c).

Articolo 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.

Articolo 7

Documentazione di distretto.

1. Presso ogni distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza domiciliare integrata.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti, con le relative variazioni e una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata, conservati in ordine alfabetico.

Articolo 8

Riunioni periodiche.

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove una riunione trimestrale 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 convenzionati di medicina generale in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.

3. Il medico di medicina generale tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

Articolo 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 medicina generale.

Articolo 10

Controversie.

1. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare integrata 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.

2. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Allegato I

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare. La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale valida per il periodo:

2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;

3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, ella non potrà essere inserita in detta graduatoria;

4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione;

5. L'art. 13 della citata legge le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

6. Titolare del trattamento dei dati è

Allegato L

(artt. 7-20 e 49)

Dichiarazione informativa

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto

Dott.nato ailresidente in Via/Piazza n. iscritto all'Albo

deidella Provincia diai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n. 15dichiara formalmente di) essere - non essere [1] titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati [2]; Soggetto ore settimanali Via Comune di Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal 2) essere/non essere [1] titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. con massimale di n. scelte e con n. scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di Azienda 3) essere/non essere [1] titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. con massimale di n. scelte Periodo: dal 4) essere/non essere [1] titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato [1] come specialista ambulatoriale convenzionato interno: [2] Azienda branca ore sett. Azienda branca ore sett. 5) essere/non essere [1] iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: [2] Provincia branca Periodo: dal 6) avere/non avere [1] un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni: Azienda Via Tipo di attività Periodo: dal 7) essere/non essere [1] titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato [1], nella regione o in altra regione [2]: Regione Azienda ore sett. in forma attiva - in forma di disponibilità [1] 8) essere/non essere iscritto [1] a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/1991 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. n. 257/1991, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs. n. 368/1999: Denominazione del corso Soggetto pubblico che lo svolge Inizio: dal 9) operare/non operare [1] a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni [2]: Organismo ore set. Via Comune di Tipo di attività Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal 10) operare/non operare [1] a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43, della legge 833/1978 [2]: Organismo ore set. Via Comune di Tipo di attività Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal 11) svolgere/non svolgere [1] funzioni di medico di fabbrica [2] o di medico competente ai sensi della legge n. 626/1993: Azienda ore set. Via Comune di Periodo: dal 12) svolgere/non svolgere [1] per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: [2] Azienda Comune di Periodo: dal 13) avere/non avere [1] qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: [2] Periodo: dal 14) essere/non essere [1] titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale: 15) fruire/non fruire [1] del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 Ministero del lavoro e della previdenza sociale: Periodo: dal 16) svolgere/non svolgere [1] altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna): Periodo: dal 17) essere/non essere [1] titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato [1] [2]: Azienda Comune ore sett. Tipo di attività Periodo: dal 18) operare/non operare [1] a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da

dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7): Soggetto pubblico Via Comune di Tipo di attività Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal 19) essere/non essere titolare [1] di trattamento di pensione a: [2] Periodo: dal 20) fruire/non fruire [1] del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita [2]: soggetto erogante il trattamento di adeguamento Periodo: dal NOTE: Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. In fede Data Firma [1] - cancellare la parte che non interessa [2] - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce «NOTE».

Allegato M
(art. 54)

Scheda degli interventi di continuità assistenziale

INVARIATA

Allegato N
(norma finale 2)

Regolamento per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attività della medicina dei servizi

Articolo 1
Campo di applicazione.

1. Il presente regolamento disciplina i rapporti di lavoro autonomo coordinato e continuativo instaurati tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici per l'espletamento, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, di attività sanitarie 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'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Ai sensi dell'art. 8, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517/1993 e successive normative, nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui all'art. citato, 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. 218/1992, e i medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 5, comma 4 dell'allegato «N» al D.P.R. n. 484/1996. Per questi vale il presente regolamento.

Articolo 2
Incompatibilità.

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, gli incarichi di cui al presente accordo cessano nei confronti del medico che si trovi in una delle posizioni di cui al punto 6 dell'art. 48 della legge n. 833/1978 od in una qualsiasi altra posizione non compatibile per specifiche norme di legge o di contratto di lavoro, ovvero che:

- a) svolga attività come medico specialista ambulatoriale convenzionato, con esclusione dei casi disciplinati dall'art. 11 comma 1, lett. e) e lett. h) del D.P.R. n. 316/1990 e delle corrispondenti ipotesi previste nei successivi accordi nazionali;
 - b) intrattenga con le Aziende sanitarie un «apposito rapporto» instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni;
 - c) svolga attività medico specialista convenzionato esterno;
 - d) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/1991 e al D.Lgs. n. 368/1999 o a corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. n. 257/1991 e al D.Lgs. n. 368/1999;
 - e) abbia cointeressenze dirette o indirette o rapporti di interesse in case di cura private o in strutture sanitarie di cui all'art. 43 della legge n. 833/1978;
 - f) operi come dipendente od in virtù di un rapporto di collaborazione professionale, anche precario presso case di cura private o strutture sanitarie di cui all'articolo 43 della legge n. 833/1978; tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che, presso le istituzioni ivi indicate, svolgono attività iniettori o di prelievo o di guardia medica;
 - g) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del Fondo di previdenza competente di cui al D.M. 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, pubblicato nel supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre 1976, n. 289.
2. L'insorgere di un motivo di incompatibilità comporta l'immediata decadenza dall'incarico.

Articolo 3

Elenchi dei medici titolari a tempo indeterminato.

1. Sono confermati nell'incarico a tempo indeterminato i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente accordo titolari di incarico ai sensi del capo II del D.P.R. n. 218/1992 e dell'art. 8, comma 1-bis, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come successivamente modificato, e dell'allegato N al D.P.R. n. 484/1996.
2. Fermo restando da parte dell'Azienda la possibilità di accertare in qualsiasi momento l'insorgenza di eventuali situazioni di incompatibilità o comportanti limitazioni d'orario, i comitati di cui all'art. 22 aggiornano annualmente, entro il mese di febbraio di ogni anno, sulla base dei fogli informativi di cui all'art. 7, l'elenco dei medici operanti nel proprio ambito territoriale titolari di incarico a tempo indeterminato, verificando l'insussistenza di sopraggiungere incompatibilità e le limitazioni dell'attività oraria in rapporto allo svolgimento di altre attività compatibili.
3. Eventuali rilievi sulla posizione dei medici dovranno essere comunicati entro 30 giorni al comitato di cui all'art. 11 per i provvedimenti di competenza.
4. L'elenco suddetto è trasmesso alle Aziende e agli uffici regionali, preposti all'attuazione del presente Accordo.

Articolo 4

Massimale orario e sue limitazioni.

1. Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un massimo di 24 ore settimanali di incarico, ai sensi dell'articolo precedente.
2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dalle norme del presente Accordo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.

3. Il numero individuale massimo di scelte ai fini della limitazione di orario per il medico che intrattiene con il Servizio sanitario nazionale un rapporto convenzionale per la medicina generale di libera scelta o per la pediatria di libera scelta viene determinato esclusivamente in base ai criteri stabiliti nei rispettivi accordi nazionali per la medicina generale e la pediatria di base. Sono fatti salvi i massimali precedentemente attribuiti fino a che le singole situazioni soggettive rimangono immutate.

4. In deroga al disposto del comma 1, sono mantenuti gli aumenti di orario formalmente previsti dalla regione ai sensi dell'art. 11, comma 5, del D.P.R. n. 218/1992, entro la data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'Accordo nazionale di medicina generale.

Articolo 5

Aumenti d'orario.

1. 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 abbiano espresso la propria disponibilità e assegna l'aumento delle ore all'avente diritto tra i medici operanti nell'ambito della stessa Azienda secondo l'ordine di anzianità di incarico.

2. A parità di anzianità di incarico prevalgono, nell'ordine, il voto di laurea, l'anzianità di laurea e la minore età.

3. Qualora, dopo aver espletato la procedura di cui ai commi 1 e 2, siano disponibili turni vacanti, l'Azienda comunica la disponibilità al Comitato di cui all'art. 22 per l'eventuale trasferimento di medici già incaricati a tempo indeterminato in altra Azienda.

Articolo 6

Riduzione di orario degli incarichi e soppressione dei servizi.

1. Per mutate ed accertate esigenze di servizio, sentiti i sindacati firmatari del presente accordo, l'Azienda può dar luogo a riduzione di orario dell'incarico, 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.

2. I provvedimenti con i quali si riducono gli orari o comunque si introducono modificazioni nei rapporti disciplinati dal presente Accordo sono comunicati entro 10 giorni al comitato di cui all'art. 22 nella persona del suo presidente.

3. 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.

4. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato e senza soluzione di comunità dell'incarico.

Articolo 7

Compiti e doveri del medico - Libera professione.

1. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato deve:

- a) attenersi 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) redigere e trasmettere alla Azienda, fatto salvo quanto previsto dall'art. 7 del presente Accordo, entro il 15 febbraio di ciascun anno, il foglio notizie di cui all'allegato L);
 - c) osservare l'orario di attività indicato nella lettera incarico a tempo indeterminato.
2. Le Aziende provvedono al controllo dell'osservanza dell'orario con procedure uguali a quelle in vigore per il personale dipendente.
3. A seguito dell'inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate trattenute mensili sulle competenze del medico inadempiente, previa rilevazione contabile delle ore di lavoro non effettuate.
4. Ripetute e non occasionali infrazioni in materia di orario di lavoro e di rispetto dei compiti previsti dal presente Capo potranno essere contestate al medico secondo la procedura di cui all'art. 16 del presente Accordo.
5. Il mancato invio del foglio notizie o infedeli dichiarazioni costituiscono motivo di applicazione al medico del procedimento sanzionatorio di cui all'art. 16.
6. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti che, nell'ambito delle attività sanitarie regolate dal presente Accordo, l'Azienda decide di affidargli, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi, ed alla tipologia dell'attività.
7. Sono inoltre doveri e compiti del medico:
- l'adesione alla sperimentazione dell'équipes territoriali di cui all'art. 15;
 - lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 31 comma;
 - la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale.
8. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti obiettivo predisposti e realizzati a livello regionale, aziendale e distrettuale secondo le norme previste dal presente Accordo.
9. Il medico incaricato per le attività di medicina dei servizi può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali. Il medico, che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in tal senso.
10. I medici incaricati a tempo indeterminato, possono inoltre, sulla base degli accordi regionali ed aziendali svolgere attività organizzative e di coordinamento.

Articolo 8

Cessazione e sospensione dell'incarico.

1. L'incarico può cessare per rinuncia del medico da comunicare all'Azienda a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento.
2. La rinuncia ha effetto dal primo giorno del secondo mese successivo alla data di ricezione della lettera di comunicazione.
3. Su specifica richiesta del medico l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti.
4. L'Azienda procede alla revoca dell'incarico con effetto immediato:
 - a) per cancellazione o radiazione dall'albo professionale;
 - b) per aver compiuto il periodo di conservazione del posto previsto dall'art. 12 in caso di malattia;
 - c) per compimento del 65° anno di età;
 - d) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da

un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei medici competente per territorio.

5. L'incarico è sospeso in caso di emissione di provvedimenti dell'Autorità giudiziaria di divieto di dimora nel territorio dell'Azienda ove il sanitario deve svolgere l'incarico, di arresti domiciliari, di custodia cautelare in carcere o in luogo di cura. È altresì sospeso in caso di condanna passata in giudicato per delitto non colposo punito con la reclusione. In questa ultima ipotesi l'Azienda applica all'interessato le norme di cui all'art. 16 dell'Accordo nazionale per l'eventuale adozione di un provvedimento di cessazione dall'incarico.

6. L'incarico è altresì sospeso in seguito a sospensione dall'albo professionale.

Articolo 9

Trasferimenti.

1. Il trasferimento dei medici tra Aziende della stessa regione o di regioni diverse, può avvenire a domanda del medico previo nulla-osta dei Direttori generali delle Aziende interessate.

2. Per il trasferimento a domanda, l'interessato deve farne contestuale richiesta alle Aziende di provenienza e di destinazione.

3. L'Azienda di destinazione deve dare comunicazione al Comitato zonale della disponibilità del posto da ricoprire mediante l'accoglimento della richiesta di trasferimento; nel caso di più medici interessati,

prevale la posizione del medico che svolge l'attività di cui al presente accordo in via esclusiva, in subordine l'anzianità di incarico, il voto di laurea, l'anzianità di laurea e la minore età.

4. Ove sia possibile in relazione alle disponibilità orarie il medico è trasferito all'Azienda di destinazione

con il medesimo numero di ore di cui era titolare nell'Azienda di provenienza.

5. Il trasferimento del medico nell'ambito dei servizi distrettuali della Azienda può avvenire anche a domanda dell'interessato.

6. Le Aziende, fatto salvo quanto previsto in materia di riduzione degli orari dall'art. 6, possono attivare

modifiche delle sedi di attività dei medici, con mantenimento dell'orario complessivo del medico, all'interno della Azienda nell'ambito di accorpamenti di sedi funzionali ad una migliore organizzazione

dei servizi territoriali, d'intesa con i sindacati firmatari del presente Accordo.

7. I trasferimenti d'ufficio devono essere giustificati o dall'opportunità di unificare in una sola zona le

prestazioni del sanitario, oppure di concentrazione o soppressione di servizi, nel rispetto dei criteri generali in materia di mobilità concordati a livello aziendale con i sindacati firmatari del presente Accordo.

8. Nel caso di trasferimento d'ufficio al medico viene comunque assicurato il mantenimento del numero di ore di attività già assegnato; l'orario di servizio presso il presidio di destinazione è determinato dall'Azienda sentito il medico.

9. Il medico trasferito, a domanda o di ufficio, conserva l'anzianità maturata nel servizio di provenienza.

10. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda

assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato.

11. Al medico che accetta il trasferimento di incarico ad altra Azienda viene garantita, comunque, la contestualità, in continuità di servizio, tra la cessazione del vecchio incarico e l'attivazione del nuovo.

Articolo 10

Sostituzioni.

1. Alle sostituzioni dei medici incaricati a tempo indeterminato che per giustificato motivo si assentino dal servizio l'Azienda provvede assegnando incarichi di supplenza secondo l'ordine della graduatoria annuale di medicina generale con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda che non siano titolari di alcun rapporto di lavoro dipendente o convenzionato.
2. L'incarico di sostituzione non può superare la durata di tre mesi; il medico che ha effettuato una sostituzione non può ricevere altro incarico di sostituzione se non dopo un periodo di interruzione di almeno 30 giorni. L'incarico cessa di diritto e con effetto immediato con il rientro, anche anticipato, del medico titolare.
3. Al medico sostituito spetta il trattamento economico di cui all'art. 14, comma 1, lett. a1).

Articolo 11

Permesso annuale retribuito - Congedo matrimoniale.

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di trenta giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a cinque volte l'impegno orario settimanale.
2. Il permesso è usufruito in uno o più periodi, a richiesta dell'interessato, con un preavviso di quarantacinque giorni.
3. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio. Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui all'art. 13.
4. Il periodo di permesso viene fruito durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.
5. Per periodi di servizio inferiori ad 1 anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.
6. Al medico confermato spetta un congedo matrimoniale retribuito di quindici giorni non festivi continuativi, 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 retributivo e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.

Articolo 12

Malattia. 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 cento per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza emolumenti.
2. L'Azienda può disporre controlli sanitari in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati.
3. In caso di gravidanza o puerperio, l'Azienda mantiene l'incarico per sei mesi continuativi.
4. Durante la gravidanza e il puerperio l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico goduto in

attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

Articolo 13

Assenze giustificate.

1. Per giustificati e documentati motivi di studio o di comprovata necessità, l'Azienda conserva l'incarico al medico per la durata massima di dodici mesi nell'arco del triennio sempreché esista la possibilità di assicurare idonea sostituzione.
2. In caso di servizio di leva o richiamo alle armi, il medico è ripristinato nell'incarico purché ne faccia domanda entro trenta giorni dalla data di congedo.
3. In caso di mandato parlamentare, nazionale o regionale, o di elezione a consigliere comunale di comune capoluogo di Regione, l'Azienda conserva l'incarico, a richiesta dell'interessato, per l'intera durata del mandato.
4. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve avanzare richiesta per l'ottenimento dei permessi di cui al presente articolo con un preavviso di almeno sette giorni.
5. Ricorrenti assenze non retribuite sono valutate per l'eventuale procedimento di cui all'art. 16 dell'Accordo per la medicina generale.
6. Per tutti gli incarichi svolti ai sensi del presente allegato N in più posti di lavoro e ovvero o più Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.
7. 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.

Articolo 14

Trattamento economico.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta il seguente trattamento economico:
a1) - Compenso professionale orario secondo la seguente tabella:

Dal 01.01.1999 Dal 01.01.2000 19.98020.260

a2) - Gli incrementi di anzianità di cui all'art. 20, comma 1, lett. a) e lett. c), D.P.R. n. 218/1992, calcolati alla data del 29 febbraio 1996, compreso il maturato economico alla stessa data, vengono mantenuti dai singoli interessati. Su detto maturato economico si applicano con decorrenza dalla suddetta data, i successivi incrementi percentuali del 2,3% per l'anno 1999 e del 1,4% per l'anno 2000.

Gli incrementi sono calcolati sull'importo risultante dalla applicazione della precedente percentuale.

a3) - 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%.

b) Compenso aggiuntivo determinato con i criteri di cui all'art. 20, comma 1, lett. 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% dall'1° gennaio 1999 e del 1,4% dall'1° gennaio 2000. Le percentuali di incremento vengono applicate sulla base dell'importo rivalutato con la percentuale pre-

c) indennità di piena disponibilità ai medici incaricati a tempo indeterminato, i quali svolgono esclusivamente attività ai sensi del presente accordo, salvo la libera professione di cui all'art. 7, ad esclusione dei rapporti convenzionali di assistenza primaria, emergenza sanitaria territoriale e continuità assistenziale (tali medici devono optare tra l'indennità di cui alla presente lettera e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo) per ogni ora risultante dalla lettera di incarico, secondo l'importo sottoindicato:

Dal 01.01.1999 Dal 01.01.2000 1.1751.190

d) Contributo previdenziale.

A favore dei medici incaricati ai sensi del presente accordo l'Azienda versa - di norma mensilmente al massimo trimestralmente - con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, specificandone in particolare il numero di codice fiscale e di codice individuale ENPAM, al fondo speciale dei medici ambulatoriali gestito dall'ENPAM di cui al

decreto del Ministro del lavoro 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, un contributo del 22,5% (ventiduevirgolacinque per cento), di cui il 13% (tredici per cento) a proprio carico e il 9,5% (novevirgolacinque per cento) a carico di ogni singolo medico, calcolato sui compensi orari di cui alla

lettera a) e sul compenso aggiuntivo di cui alla lettera b) e sull'indennità di piena disponibilità di cui alla

lettera c).

e) Indennità chilometrica.

Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta, qualora si avvalgono 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 super per ogni chilometro percorso, nonché adeguata assicurazione dell'automezzo.

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.

f) per lo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 7, comma 7 è corrisposto un compenso per ogni ora incarico pari a Lire 2.229, con decorrenza dall'1° gennaio 2000 non valutabile ai fini della determinazione del premio di operosità.

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.

Articolo 15

Rimborso spese di accesso.

1. Per incarichi svolti in comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nella

stessa provincia, 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 sarà proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca

la residenza in comune più vicino a quella sede del presidio. Rimarrà invece invariata qualora il medico

trasferisca la propria residenza in comune sito a uguale o maggiore distanza da quella sede del posto di

lavoro.

Articolo 16

Premio di collaborazione.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario, del compenso aggiuntivo complessivamente percepiti nel corso dell'anno, dell'indennità di piena disponibilità e dell'assegno alla persona di cui all'art. 14 comma 1, lett. a2).
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 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.

Articolo 17

Premio di operosità.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione dell'incarico 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 allegato N.
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. Ciascuna mensilità, calcolata in base al compenso orario in vigore al momento della cessazione del rapporto, è ragguagliata alle ore effettive di attività svolta dal medico in ogni anno di servizio.
4. Conseguentemente 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.
5. pertanto, nel caso in cui nel corso del rapporto di lavoro fossero intervenute delle variazioni nell'orario settimanale di attività, il premio per ogni anno di servizio dovrà essere calcolato in base agli orari di attività effettivamente osservati nei diversi periodi dell'anno solare.
6. Il premio di operosità è calcolato sul compenso orario, sul premio di collaborazione, sull'indennità di piena disponibilità e sull'assegno alla persona di cui all'art. 14, comma 1 lett. a2).
7. Il premio è corrisposto entro sei mesi dalla cessazione del rapporto.
8. La corresponsione del premio di operosità è dovuta dalle Aziende sanitarie in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al D.P.R. n. 884/1984, che qui si intendono integralmente richiamati.

Articolo 18

Assicurazione contro gli infortuni derivanti dall'incarico.

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve 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 allegato N, ivi compresi, ove l'attività sia prestata in una sede diversa da quella di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizi e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle

commissioni previste dal presente allegato N.

2. Il contratto è stipulato senza franchigia per i seguenti massimali:

- lire 1,5 miliardi per morte o invalidità permanente;

- lire 100.000 giornaliere per invalidità temporanea assoluta con massimo di 300 giorni l'anno.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindaci firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

Articolo 19

Aggiornamento professionale obbligatorio.

1. L'aggiornamento professionale si svolge con le stesse modalità di cui all'art. 8 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, tenendo conto della specificità del settore.

2. In caso di svolgimento coincidente con i turni di servizio, i partecipanti hanno diritto ad un corrispondente permesso retribuito con onere a carico delle Aziende.

Articolo 20

Diritti sindacali.

1. Al fine di favorire l'espletamento dei compiti sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilità di n. 3 ore annuali per ogni iscritto.

2. Il numero dei medici iscritti titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo,

è rilevato a livello regionale all'inizio di ogni anno sulla base del numero dei medici a carico dei quali -

per ciascun sindacato - viene effettuata, a cura delle Aziende, la trattenuta della quota sindacale.

3. La segreteria nazionale del sindacato comunica ogni anno congiuntamente a tutte le Regioni i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

4. Alla sostituzione si provvede con la modalità di cui all'art. 10.

5. Nel caso che le riunioni dei comitati di cui all'art. 22 coincidano con i turni di servizio, ai membri di

parte medica spettano i normali compensi relativamente alla durata delle riunioni.

6. I periodi di distacco sindacale sono valutati come attività di servizio.

Articolo 21

Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione.

1. Nei settori sanitari compresi nel campo di applicazione del presente Allegato N sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/1990, articolo 2 - comma 2, quelle rese nell'ambito dei servizi

per la tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale.

2. Le prestazioni di cui al comma 1, in caso di sciopero della categoria, continuano ad essere erogate

con le procedure e secondo le modalità di cui agli articoli 5 e 13 dai medici individuati ai sensi dei commi successivi.

3. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Allegato, sono stabiliti, con apposite intese a livello Regionale, 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 al comma 1, nonché per la loro distribuzione sul territorio.

4. La quantificazione dei contingenti numerici di cui al comma 3 è effettuata in sede di contrattazione decentrata a livello locale per singola Azienda entro 15 giorni dalle intese regionali di cui allo stesso comma 3.

5. Nelle more della definizione degli accordi di cui ai commi 3 e 4, le parti dichiarano che assicureranno comunque le prestazioni di cui al comma 1.
6. In conformità agli accordi di cui ai commi 3 e 4 le Aziende individuano, in occasione di ciascuno sciopero della categoria, i nominativi dei medici in servizio tenuti alle prestazioni indispensabili ed esoneri dallo sciopero stesso, comunicando 5 giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro 24 ore dalla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. Gli accordi decentrati di cui ai commi 3 e 4 hanno validità per il periodo di vigenza del presente regolamento e conservano la loro efficacia sino alla definizione di nuovi accordi.
7. Il diritto di sciopero dei medici addetti alla medicina dei servizi è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.
8. I medici che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo sono soggetti ai procedimenti sanzionatori di cui all'art. 13 dell'Accordo per la medicina generale.
9. Le organizzazioni sindacali firmatarie si impegnano a non effettuare azioni di sciopero:
- a) nel mese di agosto;
 - b) dal quinto giorno precedente fino al quinto giorno seguente le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
 - c) dal quinto giorno precedente fino al quinto giorno seguente le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi àmbiti territoriali;
 - d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;
 - e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.
10. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

Articolo 22

Comitati regionali e aziendali.

1. Il Comitato aziendale di cui all'art. 11 e il Comitato regionale di cui all'articolo 12 dell'Accordo nazionale svolgono le funzioni demandate loro dal presente accordo ed esprimono pareri per la sua applicazione.

Articolo 23

Responsabilità convenzionali e violazioni.

1. In caso di violazioni degli obblighi convenzionali, ai medici incaricati ai sensi del presente Allegato N si applicano le norme di cui all'art. 16 dell'Accordo nazionale.

Articolo 24

Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'Azienda.

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione

della Azienda al servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza sanitaria erogata

attraverso la medicina dei servizi, procede al controllo della corretta applicazione della convenzione per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

2. I medici addetti alla medicina dei servizi sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dal presente Allegato N.

Articolo 25

Riscossione delle quote sindacali.

1. Le quote sindacali a carico degli iscritti ai sindacati firmatari del presente accordo sono trattenute,

su richiesta dei sindacati stessi corredata di delega degli iscritti, dalle Aziende presso le quali i medici

prestano la propria opera professionale e sono versate, mensilmente su conti correnti bancari intestati

ai sindacati richiedenti. Contestualmente ai sindacati è inviato l'elenco dei medici a carico dei quali sono state applicate le ritenute sindacali, con indicazione dell'importo delle relative quote. Le deleghe

precedentemente rilasciate restano valide nel rispetto delle normative vigenti.

2. Eventuali variazioni delle quote e delle modalità di riscossione vengono comunicate alle Aziende da

parte degli organi competenti dei sindacati firmatari.

Articolo 26

Durata dell'Accordo.

1. Il presente regolamento ha durata triennale e scade il 31 dicembre 2000.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1

1. Le parti chiariscono che le dizioni «Regioni», «Amministrazioni regionali», «Giunta regionale», «

Assessore regionale alla sanità», usate nel testo dell'Allegato N, valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle provincie autonome di Trento e Bolzano.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2

1. Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni interpretative ed applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, ecc., i

quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dal presente Allegato

N siano demandate all'Osservatorio nazionale di cui all'art. 13 dell'Accordo nazionale.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 3

1. Nei confronti dei medici iniettori e prelevatori di cui all'Accordo collettivo nazionale del 22 dicembre

1978, titolari di incarico alla data di pubblicazione del presente Allegato N, è riconosciuta per intero l'anzianità di servizio maturata senza soluzione di continuità anteriormente alla data del 22 novembre

1979 presso i disciolti Enti mutualistici.

Allegato O

Regolamento elettorale

Elezione dei componenti elettivi della medicina generale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di elezione dei componenti di parte elettiva per la medicina generale dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
2. La elezione dei componenti di cui al precedente comma si svolgerà in tutte le Aziende della regione ed in tutti i Distretti entro e non oltre tre mesi dalla pubblicazione sulla G.U. del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.
3. L'Assessore regionale alla sanità, sentiti i Direttori Generali delle Aziende, indica la data di svolgimento delle elezioni di cui al presente articolo.
4. A tal fine il Direttore Generale istituisce un seggio in ciascun distretto ed invia ai presidenti dei seggi l'elenco di tutti gli aventi diritto al voto in ciascun seggio. Ogni medico vota nel seggio del Distretto di appartenenza.
5. Le Aziende provvedono a comunicare agli aventi diritto al voto, con modalità stabilite dal Comitato di cui all'art. 11, la data, l'orario e la sede delle elezioni, nonché le modalità di voto.
6. Hanno diritto al voto tutti i medici incaricati a tempo indeterminato per la medicina generale alla data di effettuazione delle elezioni. Il diritto al voto può essere rivendicato, ove il medico non sia inserito nell'elenco fornito al seggio elettorale, al momento del voto esibendo idonea certificazione di titolarità di incarico.
7. Il seggio elettorale è composto da un funzionario della Azienda, nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e da due scrutatori indicati dal Comitato di cui all'art. 11.
8. L'elettore dovrà presentarsi al seggio munito di valido documento di riconoscimento o essere conosciuto dal presidente. Ogni elettore vota esprimendo un numero di preferenze che può anche essere pari al numero dei membri eleggibili.
9. I presidenti di seggio cureranno lo svolgimento delle operazioni di voto, lo scrutinio delle schede (che avverrà immediatamente dopo le operazioni di voto) e la trasmissione delle schede scrutinate alla Azienda che ha il dovere di conservarle per almeno 30 giorni dagli scrutini. Trascorso tale termine, le schede devono essere distrutte.
10. Le Aziende trasmettono al Comitato regionale di cui all'art. 12 i dati elettorali.
11. Per ciascun organismo, saranno eletti i medici che avranno riportato complessivamente il maggior numero di preferenze.
12. Il Direttore Generale della Azienda proclama gli eletti agli Uffici di coordinamento delle attività distrettuali.
13. I compensi per i componenti il seggio elettorale sono definiti con provvedimento della Regione e sono a carico delle Aziende di riferimento.
14. La tornata elettorale si svolge in tutti i distretti nella stessa data e, di norma, in una giornata di sabato, secondo orari determinati dal Comitato di cui all'art. 12.
15. I componenti eletti ai sensi del presente regolamento decadono per:
 - a) assenze complessive superiori al 50% delle riunioni effettuate nel corso dell'anno;
 - b) dimissioni dall'incarico;
 - c) cessazione del o degli incarichi convenzionali detenuti nella medicina generale.
16. Il componente decaduto per effetto del disposto di cui al comma precedente è sostituito dal primo dei non eletti.

Allegato P

Schema di linee guida per i costi di idoneità all'emergenza sanitaria

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: cal domicilio; call esterno; csu di un mezzo di soccorso mobile; cin ambulatorio. 2 Saper diagnosticare e trattare un paziente: cin arresto cardiocircolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle

vie aeree, ventilazione artificiale, messaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS); ccon insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia) cpolitraumatizzato o con traumi maggiori (drenaggio toracico, manovre di

decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.); cgrande ustionato (da fattori chimici o da calore); cin stato di shock; cin coma o altre patologie neurologiche; ccon dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato); ccon aritmia cardiaca; ccon E.P.A.; ccon emorragie interne ed esterne (emoftoe, ematemesi, enterorragia, rottura di

aneurisma); cin caso di folgorazione o annegamento; cin caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta; cin emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto); cin emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato); cin 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. 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 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 di ciascuna Azienda USL con formale provvedimento.

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 Q

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria (per graduatoria)

RACCOMANDATA All'assessorato alla Sanità della Regione Il sottoscritto

Dott. nato a prov. il M C F codice

fiscale Residente

a prov. Via n. CAP tel., a far data

dal , A.S.L. di

residenza e residente nel territorio della

Regione dal inserito nella graduatoria unica regionale di cui

all'articolo 2 del D.P.R. FA DOMANDA secondo quanto previsto dall'articolo 20, comma 4, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la

medicina generale di cui al D.P.R., di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul

Bollettino Ufficiale della Regione n. del, e

segnatamente

per

i

seguenti

ambiti: Ambito ASL Ambito ASL

o ASL Ambito ASL Ambito ASL Ambito ASL Ambito ASL Ambito ASL Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 3, comma

6 e comma 8 del D.P.R., di poter accedere

alla riserva di assegnazione, con appreso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di

entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata): riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di

cui al

D.Lgs. n. 256/1991 (articolo 3, comma 6, lettera a),

D.P.R.); riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3,

comma 6, lettera b), D.P.R.). Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso: la

propria residenza al domicilio sotto indicato: c/o Comune CAP provincia indirizzo. Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva. Data firma

per

esteso

Allegato Q/1

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale (per graduatoria)

RACCOMANDATA All'assessorato alla Sanità della Regione Il sottoscritto

Dott. nato a prov. il M C F codice

fiscale Residente

a prov. vian. CAP tel., a far data

dal , A.S.L. di

residenza, e residente nel territorio

della Regione dal inserito nella graduatoria unica regionale di cui

all'articolo 2 del D.P.R. FA DOMANDA secondo quanto previsto dall'articolo 49, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R., di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione del, e segnatamente per i seguenti incarichi: Inc. n. Ambito ASL Ambito ASL Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R., di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata); riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/1991 (articolo 3, comma 6, lettera a), D.P.R.); riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R.). Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso: la propria residenza il domicilio sotto indicato: c/o Comune CAP provincia indirizzo. Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva. Data firma per esteso

Allegato Q/2

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale (per graduatoria)

RACCOMANDATA All'assessorato alla Sanità della Regione Il sottoscritto Dott. nato prov. il M c F codice fiscale Residente a prov. vian. CAP tel., a far data dal , A.S.L. di residenza a far data da residente nel territorio della Regione dal, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'articolo 2 del D.P.R. FA DOMANDA secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 4, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R., di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione del, e segnatamente per i seguenti incarichi: Presidio ASL Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso la Azienda della Regione Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso: la propria residenza il domicilio sotto indicato: c/o Comune CAP provincia indirizzo. Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva. Data firma per

esteso

Allegato Q/3

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli àmbiti territoriali carenti di assistenza primaria (per trasferimento)

RACCOMANDATA All'assessorato alla Sanità della Regione Il sottoscritto

Dott. nato a prov. il M c F codice

fiscale Residente

a prov. vian. CAP tel., a far data

dal , e residente nel territorio della

Regione dal , titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso il

Azienda Sanitaria Locale n. di , per l'àmbito

territoriale di della

Regione, da e con anzianità complessiva di assistenza

primaria pari a mesi, FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO secondo quanto previsto dall'articolo

20, comma 4, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la

medicina generale di cui al D.P.R., per l'assegnazione degli àmbiti territoriali carenti per l'assistenza

primaria pubblicati

sul Bollettino Ufficiale della

Regione. del, e

segnatamente

per

i

seguenti

àmbiti: Àmbito ASL Àmbito

o ASL Àmbito ASL Àmbito ASL Àmbito ASL Àmbito ASL Àmbito ASL Allegata alla

presente la documentazione o autenticazione e dichiarazione sostitutiva atta a

comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 20, comma 4, lettera a) del

D.P.R. e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza

primaria: allegati n.

() documenti. Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso: cl. propria

residenza c. domicilio sotto indicato: c/o Comune CAP provincia indirizzo. Data firma per

esteso

Allegato Q/4

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale (per trasferimento)

RACCOMANDATA All'assessorato alla Sanità della Regione Il sottoscritto

Dott. nato a prov. il M c F codice

fiscale Residente

a prov. vian. CAP tel., a far data

dal , A.S.L. di

residenza, e residente nel territorio

della Regione dal titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale

presso la Azienda n. di dalla

Regione, dal e con anzianità

complessiva di Continuità Assistenziale pari

a mesi, FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO secondo quanto previsto dall'articolo 49, comma 2,

lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la

medicina generale di cui al D.P.R., di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità

assistenziale pubblicati sul

Bollettino Ufficiale della Regione. del, e

segnatamente per i seguenti incarichi: Inc.

n. Àmbito ASL Inc. n. Àmbito ASL Inc.

n. Àmbito ASL Inc. n. Àmbito ASL Inc.

n. Ambito ASL Inc. n. Ambito ASL Inc.
n. Ambito ASL Inc. n. Ambito ASL Inc.
n. Ambito ASL Inc. n. Ambito ASL Inc.
n. Ambito ASL Inc. n. Ambito ASL Inc.
n. Ambito ASL Inc. n. Ambito ASL Inc.

n. Ambito ASL Inc. n. Ambito ASL Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a

comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 49, comma 2, lettera a)

del D.P.R. e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità

Assistenziale: allegati n. () documenti. Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata

presso: cla propria residenza cil domicilio sotto

indicato: c/o Comune CAP provincia indirizzo. Data firma per

esteso

Allegato Q/5

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale

(per trasferimento)

RACCOMANDATA All'Azienda

USL Il sottoscritto

Dott. nato a prov. il M C F codice

fiscale Residente

a prov. via n. CAP tel., a far data

dal Azienda di

residenza, e residente nel territorio

della Regione dal titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria

territoriale presso la Azienda n. di della

Regione, da le con

anzianità complessiva di emergenza sanitaria

territoriale pari a mesi, FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO secondo quanto previsto

dall'articolo 63, comma 4, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la

medicina generale di cui al D.P.R., di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria

territoriale pubblicati

sul Bollettino Ufficiale della

Regione. del, e

segnatamente

per

i

seguenti

incarichi: ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio

ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio Allegata

alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a

comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 63, comma 4, lettera a)

del D.P.R. e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza

sanitaria territoriale: allegati n. () documenti. Chiede che ogni comunicazione in merito venga

indirizzata presso: cla propria residenza cil domicilio sotto

indicato: c/o Comune CAP provincia indirizzo. Data firma per

esteso

Allegato Q/6

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria

(per trasferimento)

RACCOMANDATA All'Azienda

USL Il sottoscritto

Dott. nato a prov. il M C F codice

fiscale Residente
a prov. via n. CAP tel., a far data
dal Azienda di
residenza, e residente nel territorio
della Regione dal titolare di incarico a tempo indeterminato per la medicina dei servizi
presso la Azienda n. di, della Regione, dale con
anzianità complessiva di medicina dei servizi
pari a mesi, FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO secondo quanto previsto dall'articolo 9,
dell'Allegato «N» all'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale di cui al D.P.R., per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medicina dei servizi
pubblicati sul
Bollettino Ufficiale della Regione del, e segnatamente per i
seguenti incarichi: ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL
Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio ASL Presidio
Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a
comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 9, dell'Allegato «N»
al D.P.R. e l'anzianità complessiva di servizio in medicina dei
servizi: allegati n. () documenti. Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata
presso: cla propria residenza cil domicilio sotto
indicato: c/o Comune CAP provincia indirizzon. Data firma per
esteso

Allegato R

Modulo riepilogativo delle prestazioni aggiuntive

REGIONE Azienda
n. Dott. Data Cognome Nome Indirizzo Codice
Reg. Ass. Tipo di prestazione Data Firma

Allegato S

Modulo riepilogativo delle prestazioni aggiuntive singole o multiple soggette ad autorizzazione

REGIONE Azienda
n. Dott. Prestazioni autorizzate dalla Azienda ed eseguite in favore dell'assistito: Sig. via città Cod.
Reg. Tipo di prestazione
effettuata: n. progr. Data di esecuzione Firma
dell'assistito 1234567891011121314151617181920 Data Firma

Elenco delle parti firmatarie dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i
medici
di medicina generale ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge n. 412/1991 e dell'art. 8 del D.Lgs. n.
502/1992, come modificato dai D.Lgs. n. 517/1993 e D.Lgs. n. 229/1999

Regione Veneto:

Regione Lazio:

Regione Toscana:

Regione Campania:

Regione Umbria:

Regione Abruzzo:

Regione Lombardia:

F.I.M.M.G. (Federazione Italiana Medici Medicina Generale):

S.N.A.M.I. (Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani):

FEDERAZIONE MEDICI:

INTESA SINDACALE SUMAI - SIMET - CISL MEDICI/COSIME.

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 2 ottobre 2000, n. 230, S.O.

(2) Comma così corretto con avviso pubblicato nella Gazz. Uff. 24 gennaio 2001, n. 19.