

Visto il decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni.

Visto il comma 9 dell'art.4 della legge 412 del 30 dicembre 1991 e succ. modd.

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

Visto il comma 27 dell'art. 52 della Legge 27 dicembre 2002 n° 289 e succ. modd.

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del presidente della Repubblica il 23 maggio 2003.

Visto l'accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale varato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004

Visto l'art. 2 nonies della legge n.138 del 26 maggio 2004

Visto l'art. ----- legge finanziaria (per il 2005) -----

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazione

INDICE (DA DEFINIRE)

PARTE PRIMA

Art. 1 Quadro di riferimento (*ex punti 1 - 7*)

1. Le Regioni, le Organizzazioni Sindacali Mediche e delle professioni sanitarie (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente accordo intendono definire le condizioni per il rinnovo degli AA.CC.NN. ex DD.PP.RR. n° 270 - 271 - 272/2000 - 446/2001 scadute il 31 Dicembre 2000.
2. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sostenibilità economica del S.S.N. a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie, erogate da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali convenzionati interni, biologi, chimici e psicologi ambulatoriali, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste oggi la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 833/78, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio - sanitario.
3. Il nuovo quadro istituzionale, con la modifica del Titolo V° della Costituzione ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato. Il rinnovo degli AA.CC.NN. deve riuscire a coniugare il nuovo quadro istituzionale con il rafforzamento del SSN.
4. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con D.P.R. il 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed autonomie locali il 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge 833, pone il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle prestazioni.
5. Particolare attenzione va riservata alla tematica della tutela della salute del bambino e dell'adolescente che presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.
6. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute. Le innovazioni necessarie, devono puntare ad adeguare il sistema stesso a rispondere in modo appropriato ed integrato alla domanda di sanità dei cittadini. La convenzione con il singolo medico tutela e valorizza il rapporto fiduciario medico - paziente.
7. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali in relazione al quadro normativo vigente, riconoscono che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi etici e ritengono improrogabile avviare una forte innovazione nella organizzazione e nella gestione del Sistema Sanitario attuando quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale in ordine al nuovo ruolo del territorio. Pertanto è necessario pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero.

8. Va quindi costruita una organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso ,la costruzione dei percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al cittadino, in forme coordinate integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e ospedalieri.

Art. 2 Livelli di contrattazione (*ex punto 8*)

1. Gli AA.CC.NN. si inseriscono appieno quali strumenti organizzativi del Sistema, come momenti di garanzia per i cittadini e per gli operatori. Le novità introdotte nel quadro istituzionale, sono destinate a mutare in modo importante i contenuti dei tre livelli di negoziazione : nazionale, regionale, aziendale.
2. Il livello di negoziazione nazionale individua:
 - a) le garanzie per i cittadini;
 - b) il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
 - c) i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
 - d) la compatibilità economica,
 - e) la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione degli AA.CC.NN.
3. Il livello di negoziazione regionale definisce gli obiettivi di salute, i modelli organizzativi, i meccanismi operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, integrando l'elencazione, remunerazione ed incentivazione di compiti con l'individuazione, pagamento e sviluppo di obiettivi e risultati.
4. Il livello negoziale aziendale determina i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi e scelte regionali.

Art. 3 Negoziazione nazionale (ex punto 16)

1. LE REGIONI E LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI, SULLA BASE DEL PRESENTE ACCORDO, CONCORDANO DI DARE AVVIO IMMEDIATO ALLA STESURA DEI SINGOLI ACCORDI CON LA DEFINIZIONE DEI SEGUENTI TEMI:

- a) natura, modalità e costituzione del rapporto di Convenzione;
- b) incompatibilità;
- c) requisiti per il mantenimento del rapporto di convenzione;
- d) ridefinizione del rapporto ottimale e dei massimali di scelta anche in relazione ai modelli associativi;
- e) definizione del ruolo, delle funzioni e dei compiti dei medici e dei professionisti sanitari in relazione alla garanzia del livello essenziale di assistenza delle cure primarie, caratterizzando le attività e le prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative dovute agli assistiti sia sani, sia con patologie acute e croniche, nei diversi ambiti assistenziali, nonché la promozione dei processi di presa in carico dell'utente a livello territoriale con la continuità dell'assistenza .
- f) La definizione dell'area funzionale e la integrazione dei medici specialisti ambulatoriali interni;
- g) modalità e ambiti di esercizio della libera professione;
- h) definizione delle modalità di applicazione degli aspetti sanzionatori e conseguenti criteri di valutazione delle violazioni e delle penalità conseguenti fino al venir meno del rapporto di convenzione.
- i) avvio di un processo condiviso di determinazione di percorsi e linee guida per l'efficacia e l'appropriatezza, con il concorso dei soggetti istituzionali e delle parti sociali, al fine di garantire nell'ambito delle funzioni di continuità assistenziale e presa in carico, cittadini e operatori. I percorsi e le linee guida approvati e definiti verranno portati a conoscenza degli operatori e dei cittadini a cura delle Regioni.
- j) La definizione dell'area funzionale e giuridica dell'emergenza e della medicina dei servizi, favorendo la loro piena integrazione.
- k) Criteri e modalità per la regolamentazione dell'accesso, in relazione alle normative vigenti .
- l) Criteri della rappresentatività sindacale nazionale e regionale

ART. 4 NEGOZIAZIONE REGIONALE (EX PUNTO 17)

1. LE REGIONI E LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI SI IMPEGNANO A DEFINIRE, ENTRO E NON OLTRE I SEI MESI SUCCESSIVI ALLA PUBBLICAZIONE DEI SINGOLI ACCORDI COLLETTIVI, LE INTESI REGIONALI CONTEMPLATE NEL PRESENTE ACCORDO PER LA DEFINIZIONE DI ASPETTI SPECIFICI QUALI:

- a) Le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali, con le modalità previste al precedente art. contrattazione nazionale.
- b) Attuazione di quanto indicato dall'art. Strumenti
- c) La organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici e dei professionisti sanitari e la realizzazione della continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.
- d) Le modalità nella definizione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo.
- e) La modalità di partecipazione dei medici e dei professionisti sanitari nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e la responsabilità nell'attuazione dei medesimi.
- f) Criteri e modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori - strutture associate - Distretti - Aziende Sanitarie - Regione.
- g) Organizzazione della formazione di base, della formazione specifica, della formazione continua e dell'aggiornamento.
- h) Definizione degli organismi di partecipazione e rappresentanza dei Medici e dei professionisti sanitari a livello regionale.
- i) L'organizzazione dell'emergenza e della medicina dei servizi.
- j) Attuazione di quanto previsto dall'art. Struttura del compenso, comma 2, lettere b, c ed e

Art. 5 Obiettivi di carattere generale (*ex punto 9*)

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, concordano la realizzazione di alcuni fondamentali obiettivi quali:

- a) Garantire su tutto il territorio nazionale da parte del sistema sanitario la erogazione ai cittadini dei livelli essenziali di assistenza (LEA).
- b) Realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente. Dovranno essere definiti i compiti, le funzioni e le relazioni tra le figure convenzionate impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale e di emergenza territoriale.
- c) Realizzare un riequilibrio, fra ospedale e territorio con conseguente redistribuzione delle risorse, sulla base della indicazione delle sedi e del livello più appropriati di erogazione delle prestazioni in ragione dell'efficienza, della efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici e del benessere dei cittadini.
- d) Favorire la assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione sociosanitaria.
- e) Introdurre, con la programmazione regionale e aziendale, strumenti di gestione che garantiscano una reale funzione del territorio ed una concreta responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte a garanzia degli obiettivi di salute.
- f) Promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria.
- g) Favorire lo sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, unitamente ad una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale per l'insieme dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio.
- h) Favorire una integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.
- i) Favorire la presa in carico da parte del sistema di cure primarie degli assistibili, in particolare se fragili o non autosufficienti, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili e di livello appropriato quali quelli della domiciliarità e residenzialità, attivando tutte le risorse delle reti assistenziali.

Art. 6 strumenti (ex punto 10)

1. Le regioni e le organizzazioni sindacali, per il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel presente accordo, convengono sulla necessità di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso le seguenti scelte:

a) Realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. ciò consentirà al territorio, di soddisfare, nella misura massima possibile, la domanda di salute a partire dal primo intervento perseguendo anche l'obiettivo di ricondurre le liste di attesa entro tempi accettabili.

a tal fine convengono sulla necessità di costituire una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associata prevedendo la sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le oo.ss., di strutture operative composte e organizzate dagli stessi professionisti, fondate sul lavoro di gruppo, con sede unica, di medici di medicina generale (assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta, con la presenza di specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni azienda sanitaria, in coerenza con l'intesa stato - regioni del 29.07.04.

b) La nuova organizzazione avrà come suo presupposto la piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema. i medici e professionisti sanitari operanti sul territorio nelle cure primarie avranno, sulla base di quanto definiranno le regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi, nella individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e nella definizione degli obiettivi di budget.

in proposito dovrà essere garantita la presenza delle strutture organizzative territoriali nell'ambito delle forme partecipative, previste dall'atto aziendale. questa riorganizzazione avrà come suo fondamento l'informatizzazione del sistema, secondo standard definiti a livello nazionale e regionale, che dovrà coinvolgere tutti i soggetti operanti nel territorio, per una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria.

c) Regioni e organizzazioni sindacali, concordano sulla esigenza di garantire al sistema, tramite gli accordi regionali, un adeguato percorso formativo nella fase di formazione pre laurea, nella fase della formazione specifica, nella fase di formazione continua.

2. Dovranno essere definiti anche percorsi formativi comuni tra medici e professionisti sanitari che operano nel territorio e medici e professionisti sanitari che operano in ospedale. tali percorsi dovranno essere mirati all'acquisizione di strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.

Art. 7 Partecipazione delle OO.SS. *(ex punto 13)*

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ferma restando la natura convenzionale del rapporto per singolo professionista, concordano che la maggiore partecipazione alle scelte di programmazione e gestione, dei medici e professionisti sanitari operanti nel territorio comporta un equivalente e contemporaneo aumento di responsabilità nel governo clinico, con particolare riferimento alla garanzia dei livelli di prestazione e la gestione dei budget concordati a livello di territorio.
2. La mancata adesione agli obiettivi e percorsi concordati, diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione fino alla revoca, secondo quanto previsto dai rispettivi articolati di settore.

ART. 8 STRUTTURA DEL COMPENSO (EX PUNTO 11 E 12)

1. Le regioni e organizzazioni sindacali, preso atto degli indirizzi del governo in materia di rinnovo di convenzioni e contratti nella pubblica amministrazione (d.lgs. 165/2001), convengono quindi sulla necessità che il compenso dei medici e dei professionisti sanitari convenzionati, sia sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad automatismi e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali.

2. Concorrono alla costituzione del compenso dei medici e dei professionisti sanitari:
 - a) quota capitaria ponderata per assistito e/o quote orarie;
 - b) incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza;
 - c) quota per servizi e prestazioni aggiuntive, per medico singolo o per gruppi, calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione;
 - d) aumento previsto per rinnovo nella misura di cui al successivo punto Parte Economica;
 - e) incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale - territorio derivanti da azioni e modalità innovative per l'assistenza primaria.

3. Nel rispetto di quanto indicato ai commi 1 e 2, le regioni e le organizzazioni sindacali, concordano, di determinare l'entità del compenso per assistibile pesato definendone caratteristiche e tipologie.
 - La quota a) potrà contenere fino all'70% del totale degli attuali compensi: a questa quota dovranno essere collegate specificatamente le prestazioni a garanzia dei LEA.
 - Le quote b) e c) potranno contenere fino al 30% del totale degli attuali compensi e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote saranno ulteriormente integrate con le risorse eventualmente derivate dalle fattispecie di cui al precedente punto e).
 - Gli aumenti per i rinnovi contrattuali, calcolati, sul monte compensi 2000 per competenza, vanno ad incrementare le quote.....b) e c)

4. Sono comunque garantiti gli effetti degli Accordi regionali vigenti fino alla loro scadenza, conformemente alle determinazioni previste negli stessi.

ART. 9 PARTE ECONOMICA (EX PUNTO 15) (RUBRICA : AUMENTI CONTRATTUALI?)

1. Le regioni e le organizzazioni sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal governo in materia, fissano un aumento, per medici di medicina generale, medici pediatri, medici di continuità assistenziale, medici di emergenza e urgenza territoriali, medici di medicina dei servizi, medici specialisti ambulatoriali e professionisti sanitari, da erogarsi con le modalità previste dall'art. struttura del compenso (ex punti 11 e 12) in misura di €.....al lordo di ogni ritenuta o contribuzione e distribuite come segue:

A) partire dallo 01.01.2004 €per ogni assistito e di €.....per ogni ora lavorativa;

B) a partire dallo 01.01.2005 €..... per ogni assistito e di €..... per ogni ora lavorativa;

C) a partire dallo 01.01.2006 €..... per ogni assistito e di €..... per ogni ora lavorativa.

D) per il periodo di vacanza contrattuale 01.01.2001-31.12.2003 sarà erogata una quota una tantum per

un totale di euro..... da erogarsi ad ogni medico con le modalità in essere al 31.12.2000 in

tre rate di eguale entità previste il.....,il.....e il..... .

ART. 10 DISPOSIZIONE CONCLUSIVA *EX PUNTO 18*

1. Le regioni e le organizzazioni sindacali, a garanzia dell'attuazione di quanto previsto dal presente accordo su tutto il territorio nazionale, in particolare per quanto riguarda gli accordi regionali, si impegnano ad applicare in caso di inadempienza anche di una delle parti, delle norme che abbiano a tale fine un valore cogente. a tale fine la sisac su richiesta di una delle parti convoca le organizzazioni sindacali nazionali interessate per valutare lo stato di inadempienza riferito ad entrambi i contraenti. valutata la situazione la sisac può procedere alla convocazione delle parti interessate al fine di pervenire ad un accordo. in caso di impossibilità a raggiungere tale risultato, la sisac e le organizzazioni sindacali proporranno una soluzione sostitutiva all'accordo regionale da sottoporre alla approvazione della conferenza stato - regioni e province autonome a valere per la regione o regioni inadempienti.
2. Ai fini di acquisire le necessarie conoscenze in ordine all'andamento di attuazione degli accordi regionali ed aziendali, nonché all'esigenza di monitorare i relativi dati economici e di attuazione di particolari e definiti istituti contrattuali, è istituito, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, un osservatorio consultivo permanente nazionale presso la sisac, con la partecipazione delle oo.ss., la cui composizione ed i relativi compiti saranno definiti con successivo accordo tra le parti

Parte Seconda

	Art. 1 Premessa
	<p>Le novità introdotte, nell'ordinamento costituzionale e nelle procedure di contrattazione con la legge 289/2002, comportano una nuova e più funzionale strutturazione delle convenzioni in particolare negli articolati di settore. E' necessario cioè coordinare e rendere sequenziale la normativa di ogni specifica categoria con gli obiettivi e i contenuti generali e comuni a tutte le categorie che operano nel territorio sia pure con la necessaria gradualità. Premesso che quanto stabilito dal D.P.R. 270/2000 rimane la base di riferimento per la nuova stesura degli articolati di settore, le modifiche apportate sono finalizzate ad attrezzare meglio il rapporto Regioni - Categorie Mediche che operano nel territorio, con l'obiettivo di avviare un processo di innovazione in grado di rispondere in modo più adeguato alle esigenze dei cittadini, a rivalutare il ruolo degli operatori e consolidare in modo significativo il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nel nostro paese.</p>

CAPO I

PRINCIPI GENERALI

ART. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

<p>1. La presente convenzione nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo n. 30.12.1992, 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 - e i medici di medicina generale, per lo svolgimento dei compiti e delle attività relativi ai settori di:</p> <ul style="list-style-type: none">a) assistenza primaria di medicina generale;b) continuità assistenziale;c) attività territoriali programmate; <p>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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia, le attività di:</p> <ul style="list-style-type: none">a) medicina dei servizi;b) emergenza sanitaria territoriale.	<p>1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale, di seguito denominato "convenzione nazionale", regola, ai sensi dell'art.8 del decreto legislativo 30.12.1992 n° 502 e successive modificazioni e integrazioni, il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio della medicina generale, tra le Aziende Sanitarie Locali, di seguito denominate "aziende" e i medici di medicina generale (medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale, di emergenza territoriale, di medicina dei servizi).</p>
<p>2. La presente convenzione nazionale definisce le attività assistenziali correlate ai livelli essenziali e uniformi di assistenza indicati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.</p>	<p>2. La presente convenzione nazionale definisce:</p> <ul style="list-style-type: none">a) le attività assistenziali correlate ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza indicati dalla programmazione sanitaria nazionale e dalle programmazioni regionali;b) i ruoli e i compiti dei medici nell'ambito del rapporto con il servizio sanitario nazionalec) gli ambiti di confronto rimessi al negoziato regionale e aziendale.
<p>3. Individua, inoltre, gli ambiti di contrattazione rimessi alla trattativa regionale e a quella aziendale.</p>	
<p>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 decreti legislativi 8/8/1991, n. 256 e del 17/8/1999 n. 368.</p>	

ART.**NEGOZIAZIONE REGIONALE**

<p>1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 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 e uniformi di assistenza.</p>	<p>Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 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 e uniformi di assistenza.</p>
	<p>Art. Contrattazione regionale</p> <p>1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 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 e uniformi di assistenza.</p> <p>2. Coerentemente a quanto definito nell'art ...Negoziazione regionale (ex punto 17) , nel quadro di una lineare uniformità agli indirizzi, obiettivi e strumenti definiti nella parte prima del presente accordo, e per la completa definizione della disciplina del rapporto la convenzione nazionale demanda gli istituti di seguito elencati e di cui alla parte terza del presente accordo alla contrattazione regionale:</p> <ul style="list-style-type: none">- Comunicazioni del medico all'azienda- Programmazione e monitoraggio delle attività- Forme associative dell'assistenza primaria;- Assistenza ai turisti;- Attività programmate;- Compenso;- Prestazioni e attività aggiuntive;- Associazionismo medico;- Programmi di attività e livelli di spesa programmati;- Compensi;- La contrattazione aziendale;- Condizioni disagiate di attività professionale. <p>3. In armonia con quanto definito all'art. ...del presente accordo, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo, e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, sono demandati</p>

	<p>alla trattativa regionale, sulla base di indirizzi generali individuati nel presente Accordo, per la loro riorganizzazione e definizione i seguenti articoli (ex art.):</p> <ul style="list-style-type: none"> 11- Comitato aziendale 12 - Comitato Regionale; 15 - Equipages territoriali; 15 bis - Appropriatezza delle Cure e dell'uso delle risorse; 20 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria; 21 - Instaurazione del rapporto convenzionale; 23 - Sostituzioni; 24 - Incarichi provvisori; 30 - Elenchi nominativi e variazioni mensili; 32 - Compiti del medico e quota variabile di compenso, con compensi aggiuntivi 39 - assistenza domiciliare programmata 43 - visite occasionali 55 sostituzioni ed incarichi provvisori 56 - Organizzazione della reperibilità 63 - Individuazione ed attribuzione degli incarichi; 64 - Massimale Orario; 65 - Compiti del medico-libera professione; 66 - Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza; 67 - Sostituzioni, incarichi provvisori, responsabilità 69 - Ambiti Convenzionali di livello regionale; 73 - Contrattazione;
	<p>3 Al fine di garantire la continuità normativa gli articoli di cui alla parte terza mantengono la loro efficacia fino all'entrata in vigore dei singoli accordi regionali.</p>

ART. – GRADUATORIA REGIONALE

<p>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.</p>	<p>1. I medici da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dalla presente convenzione sono tratti da una graduatoria per titoli, predisposte annualmente, a cura della Regione. Le regioni possono adottare un'unica graduatoria o graduatorie differenziate per l'attribuzione degli incarichi a tempo indeterminato per ciascun settore della medicina generale. Al fine di facilitare le procedure per l'attribuzione di incarichi provvisori, le regioni possono definire le modalità per l'organizzazione di graduatorie aziendali.</p>
<p>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:</p> <p>a) iscrizione all'albo professionale;</p> <p>b) essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8/8/1991, n. 256 e del 17/8/1999 n. 368.</p>	<p>2. 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 decreti legislativi 8/8/1991, n°256, 17/8/1999 n° 368 e 8.7.2003 n.°277.</p>
<p>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.</p>	<p>3. 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:</p> <p>a) essere iscritti all'albo professionale;</p> <p>b) essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8.8.1991, n. 256 e del 17/8/1999 n. 368 e</p>

	<p>8.7.2003 n.277;</p> <p>c) non essere titolari di trattamento di quiescenza a qualsiasi titolo o invalidità permanente;</p>
<p>4. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.</p>	<p>4. 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 Sanita' della Regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione stessa, in cui intendono prestare la loro attivita', una domanda 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.</p>
<p>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.</p>	<p>5. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.</p>
<p>6. La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.</p>	<p>6. L'iscrizione nella graduatoria viene automaticamente rinnovata a cura della Regione per un triennio. Il medico entro il termine di cui al comma 4 può presentare la documentazione probatoria di ulteriori titoli acquisiti nonché di eventuali titoli non presentati per la graduatoria vigente. Il medico può presentare disdetta in qualsiasi momento.</p>
<p>7. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, predispone</p>	<p>7. La domanda deve essere redatta in bollo.</p> <p>8.L'amministrazione regionale predispone una graduatoria</p>

<p>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 D.L.vo del 8/8/1991, n. 256 e al D.L.vo del 17/8/1999 n. 368.</p>	<p>sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art.(titoli per la formazione delle graduatorie) 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 ai Decreti Legislativi 8.8.1991, n. 256, 17/8/1999 n. 368 e 8/7/2003 n.277.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO</p>
	<p>10. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui al presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.</p>

Art. - 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 110/110 e lode:

p. 1,00

b) diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109:

p. 0,50

c) diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104:

p. 0,30

d) specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza:

p. 2,00

e) specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza:

p. 0,50

f) attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del D.L.vo n. 368/99.:

p. 7,20

II - Titoli di servizio

a) attività di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo n. 502/92 compresa quella svolta in qualità di associato: per ciascun mese complessivo. Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della regione nella cui graduatoria si

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: verificare nuovi voti di laurea

diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode: p. 1,00

b) diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109: p. 0,50

c) diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104: p. 0,30

d) specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni per ciascuna specializzazione o libera docenza: p. 2,00

e) specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni per ciascuna specializzazione o libera docenza: p. 0,50

f) attestato di formazione in medicina generale di cui ai decreti legislativi n. 256 dell'8.8.1991, n.368 del 17.8.1999 e n. 277 dell' 8. 7. 2003 : p. 7,20

II - Titoli di servizio

a) Attività di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92 per ciascun mese complessivo: p. 0,20 Il punteggio e' elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

b) Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c)

c) per ciascun mese complessivo: p. 0,20

c) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in

<p>chiede l'inserimento;:</p> <p>p. 0,20</p> <p>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> <p>p. 0,20</p> <p>c) 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. (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore);: p. 0,20</p> <p>c1) servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale: per ogni mese di attività:</p> <p>p. 0,20</p> <p>c2) 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. 0,20</p> <p>c3) servizio effettivo nelle</p>	<p>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);</p> <p>c1) servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale per ogni mese di attività': p. 0,20</p> <p>c2) 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. 0,20</p> <p>Il punteggio, di cui alle lettere c), c1) e c2) e' elevato a 0,30 per l'attività svolta nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento.</p> <p>Tale punteggio viene assegnato a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore della presente convenzione;</p> <p>c3) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate per ogni mese di attività' corrispondente a 52 ore: p. 0,10</p> <p>d) servizio prestato presso aziende termali, equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività: 0,20 (Legge 24.10.2000 n.323 art.8)</p> <p>Tale punteggio viene assegnato a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore della presente convenzione;</p> <p>e) servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio</p>
---	--

<p>attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: p. 0,10</p> <p>d) 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. 0,05</p> <p>e) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,20</p> <p>f) 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. Tale 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.: p. 0,10</p> <p>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. 0,10</p> <p>g) 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>	<p>1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo p. 0,20 Tale punteggio viene assegnato a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore della presente convenzione;</p> <p>f) 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. 0,05</p> <p>g) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,20</p> <p>h) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese: p. 0,10. Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva è svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico;</p> <p>h1) 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. 0,10</p> <p>i) 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</p>
---	--

<p style="text-align: right;">p. 0,10</p> <p>h) 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> <p style="text-align: right;">p. 0,05</p> <p>i) astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della medicina generale (fino a un massimo di mesi cinque): per ciascun mese. Tale punteggio è elevato a 0,30 al mese se l'astensione per gravidanza e puerperio è concomitante a incarico di medicina generale a tempo indeterminato nella regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento.:</p> <p style="text-align: right;">p. 0,20</p>	<p>giorni continuativi per ciascun mese complessivo: p. 0,10</p> <p>l) 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. 0,05</p> <p>m) 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</p> <p>l) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, per ogni mese di attività: p. 0,20</p> <p>Tale punteggio viene assegnato a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore della presente convenzione;</p>
<p>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</p>	<p>2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo pari ad una frazione superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.</p> <p>3. Relativamente al servizio di guardia medica e continuità assistenziale, alla medicina dei</p>

<p>frazione di mese da valutare come mese intero si intende un complesso di ore di attività superiore a 48.</p>	<p>servizi e alle attività programmate, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un complessivo di ore di attività superiore a 48. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.</p>
<p>3. 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.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, il voto di laurea, l'anzianità di laurea, e, infine, la minore età.</p>	<p>A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine minore età, l'anzianità di laurea, il voto di laurea.</p>
<p>5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.</p>	<p>5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo</p>
<p>6. 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:</p> <p>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.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99;</p> <p>b) una percentuale variabile dal 40 % al 20% a favore dei medici in possesso di</p>	<p>6. Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati, secondo le procedure di cui alla presente convenzione, le Regioni, fatto salvo il disposto di cui all'art. 20, comma 4, lettera a), e dell'art 49, comma 2, lettera a), definiscono, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, la percentuale di posti, nel proprio ambito, riservabili a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale e quella a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.</p>

<p>titolo equipollente, in corrispondenza alla percentuale di cui alla lettera a).</p>	
<p>7. 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.</p>	<p>Invariato</p>
<p>8. 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.</p>	<p>Invariato</p>
<p>9. 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.</p>	<p>Invariato</p>
<p>10. 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.</p>	<p>Invariato</p>

ART. – INCOMPATIBILITÀ

<p>1. Ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che:</p> <ul style="list-style-type: none">a) sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, a eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.1993, 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, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.	<p>INVARIATO</p>
<p>2. È inoltre, incompatibile il medico che:</p> <ul style="list-style-type: none">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;	<p>2. E inoltre, incompatibile il medico che:</p> <ul style="list-style-type: none">a) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta per l'assistenza primaria o di svolgimento di altra attività ;b) operi, a qualsiasi titolo, ad esclusione degli stabilimenti termali, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o

<p>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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni; tale incompatibilità opera nei confronti dei medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali e solo nei confronti dei propri assistiti, e determina le conseguenti limitazioni del massimale;</p> <p>d) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni;</p> <p>e) sia iscritto o frequenti il corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e al D.L.vo n. 368/99;</p> <p>f) sia iscritto o frequenti i corsi di specializzazione di cui ai decreti legislativi n. 257/91 e n. 368/99;</p> <p>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.</p>	<p>istituzioni private convenzionate o che abbiano rapporti contrattuali con aziende ai sensi dell'art 8-quinquies del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni, nei quali l' incompatibilità opera nei confronti dei medici di assistenza primaria solo per i propri assistiti con conseguenti limitazioni del massimale;</p> <p>a) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni;</p> <p>b) sia soggetto di conferimento di incarico ai sensi dell'art.15-octies 229/99 ed art. 2229 del c.c.</p> <p>e) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n.368/99 e n.277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti;</p> <p>g) fruisca di trattamento di quiescenza a qualsiasi titolo. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici già convenzionati alla data di pubblicazione della presente convenzione.</p>
<p>3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Leg.vo n. 626/94, 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</p>	<p>INVARIATO</p>

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.	4. Non e' consentito ai medici convenzionati ai sensi della presente convenzione di detenere piu' di due convenzionali tra quelli da esso previsti. Gli incarichi per l'emergenza sanitaria territoriale sono incompatibili con tutti gli altri rapporti convenzionali
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.	INVARIATO
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.	INVARIATO
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.	7. L'accertata situazione di incompatibilita' deve essere contestata al medico, ai sensi di quanto disposto dall'art. (Responsabilità convenzionali ex art.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.	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.

ART. - SOSPENSIONE DEL RAPPORTO E DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE

<p>1. Il medico deve essere sospeso dagli incarichi della medicina generale:</p> <ul style="list-style-type: none">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. 8 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo n. 502/92 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.	<p>1. Il medico deve essere sospeso dagli incarichi della medicina generale:</p> <ul style="list-style-type: none">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 la partecipazione, previa autorizzazione aziendale, a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 16 della presente convenzione, purchè attinenti la medicina generale, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, e per un periodo massimo di 30 giorni nell'anno , salvo diversi accordi in sede regionale .e) in caso di emissione, da parte delle Autorità Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della libertà personale quali arresti domiciliari, custodia cautelare sia in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attività convenzionate o nel territorio dell'Azienda che impediscano il corretto svolgimento dell'attività convenzionata di studio e domiciliare;f) per la partecipazione, previa autorizzazione aziendale, ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale, per un periodo massimo di 30 giorni nell'anno salvo diversi accordi in sede regionale .
<p>2. Il medico è sospeso dalle attività di medicina generale:</p> <ul style="list-style-type: none">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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso.	<p>2. Il medico è sospeso dalle attività di medicina generale:</p> <ul style="list-style-type: none">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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso.

<p>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:</p> <p>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.</p>	<p>3. Il medico di medicina generale può chiedere, previa autorizzazione aziendale, una sospensione parziale dell'attività convenzionale con sua sostituzione part-time per periodi non superiori a dodici mesi nell'arco di un triennio, per:</p> <p>a) allattamento; b) adozione di minore; c) assistente a minori conviventi non autosufficienti; d) assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilità pari al 100% e titolari di indennità di accompagnamento.</p>
<p>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.</p>	<p>Invariato</p>
<p>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 SSN.</p>	<p>Invariato</p>
<p>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.</p>	<p>6. I rapporti economici tra medico di assistenza primaria sostituito e sostituto nei casi di cui al comma 3, sono regolati dalla presente convenzione, proporzionalmente alla parte temporale di attività del medico sostituito</p>
<p>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.</p>	<p>Invariato Ma verifica allegato</p>
<p>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.</p>	<p>Invariato Verificare allegato</p>
<p>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.</p>	<p>9. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1, lettera e) e' sospeso contemporaneamente 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 percepita prima del provvedimento di sospensione.</p>
<p>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</p>	<p>Invariato</p>

<p>pari a 1/3 dell'ultima mensilità relativa alla quota fissa del compenso percepita prima del provvedimento di sospensione relativa al provvedimento in atto.</p>	
<p>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.</p>	<p>Invariato</p>
<p>12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori..</p>	<p>Invariato</p>
<p>13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneità di efficacia in tutte le sedi di attività del medico, anche di Aziende diverse.</p>	<p>13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneità di efficacia in tutte le sedi di attività del medico. Il medico è tenuto ad informare tutte le Aziende nelle quali egli opera della insorgenza di eventuali condizioni comportanti la sospensione dell'incarico, al fine di consentire le relative determinazioni da parte dei rispettivi Direttori Generali.</p>
<p>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.</p>	<p>Invariato</p>

ART. - CESSAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE

<p>1. Il rapporto tra le Aziende e i medici di medicina generale cessa:</p> <p>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.L.vo n. 229/99, che è facoltà del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.L.vo 30/12/92, n. 503;</p> <p>per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 16;</p> <p>per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso;</p> <p>per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 4;</p> <p>per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 22;</p> <p>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.</p>	<p>1. Il rapporto tra le Aziende e i medici di medicina generale cessa:</p> <p>a) per aver compiuto il 65° anno di età ai sensi dell'art.15-nonies, comma 1 del D.L.vo n.229/99, fatta salva l'applicazione dell'art.16 del D. L.vo n.503/92. Nelle more della definizione dei tempi e delle modalità di attuazione per l'entrata in vigore di tale limite di età, l'incarico è comunque revocato al compimento del 70° anno di età;</p> <p>b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 16;</p> <p>c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno 2 mesi di preavviso</p> <p>d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di gravi motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 4;</p> <p>e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 22;</p> <p>f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della legge n.295/90. Il componente della medicina generale, di cui al comma 3 della legge citata, è nominato dal Comitato aziendale;</p> <p>g) per accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'art.16.</p>
<p>2. L'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente accordo e dagli</p>	<p>2. Sono inoltre motivi di decadenza del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure di cui all'art.16:</p>

<p>accordi regionali e retribuite nella quota fissa e 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.L.vo n. 502/92, e successive modificazioni.</p>	<p>a) 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; b) l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dalla presente convenzione;</p>
<p>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, sentito l'interessato e il comitato di cui all'art. 11.</p>	<p>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 500 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, sentito l'interessato e il comitato di cui all'art. 11.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.</p>	<p>INVARIATO</p>

ART. – FORMAZIONE CONTINUA

<p>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.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato.</p>	<p>1. La formazione professionale in medicina generale, universitaria, complementare e continua, riguarda le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.</p>
<p>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 tutto l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali.</p>	<p>2. Le Regioni, promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza Stato-regioni sia di specifico interesse regionale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti ed altri operatori sanitari.</p>
<p>3. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e abilità cliniche, tecniche e manageriali e 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.</p>	<p>3. Le regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici di medicina generale che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo per garantirne coerenza ed efficienza. A tal fine le Regioni con propri modelli organizzativi assicurano la Formazione e ricerca per la medicina generale definendone funzioni e compiti, sulla base di accordi regionali con le OOSS rappresentative, con l'obiettivo di:</p> <p>a. definire indirizzi e obiettivi generali delle</p>

	<p>attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;</p> <p>b. formare e/o accreditare i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor, valutatori);</p> <p>c. garantire la realizzazione del tirocinio in medicina generale;</p> <p>d. promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Medicina generale</p> <p>e. proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai medici di medicina generale.</p>
<p>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.</p>	<p>4. Le aziende organizzano le attività formative, in conformità agli indirizzi regionali, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli Ordini e/o Collegi professionali e sentite le Organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, a livello aziendale, assicurando la partecipazione dei medici di medicina generale ai corsi direttamente organizzati.</p> <p>5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico di medicina generale ai sensi della presente convenzione. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il medico è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano</p>

	<p>come obiettivi formativi quelli di specifico interesse per la Regione nella quale operano, in misura determinata dalla Regione stessa, in base ai criteri definiti nella Conferenza Stato-Regioni.</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	<p>6. Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle regioni e dalle aziende danno titolo ad un credito didattico. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni</p>
<p>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.</p>	<p>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 è revocata la convenzione fatte salve specifiche e documentate situazioni valutate dall'Azienda sentito il comitato aziendale.</p>
<p>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.</p>	<p>8. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% dei crediti annuali e, orientativamente, i temi della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:</p> <p>a) a obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria</p> <p>b) a obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti</p>

	<p>deontologici e legali c) all' integrazione tra Territorio ed Ospedale.</p>
<p>9. Ai sensi dell'art. 16-ter, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 come successivamente modificato, le Regioni:</p> <p>a) prevedono appropriate forme di partecipazione degli ordini professionali;</p> <p>b) provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;</p> <p>c) concorrono alla individuazione degli obiettivi di interesse nazionale indicati dal comma 2 dell'articolo già citato;</p> <p>d) elaborano gli obiettivi di specifico interesse regionale e accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale.</p>	<p>9. Il medico che non frequenta i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure di cui all'art. 16 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.</p>
<p>10. Le Aziende provvedono alla attuazione e organizzazione dei corsi prevedendo:</p> <p>a) idonee modalità per la rilevazione dei bisogni dei medici;</p> <p>b) lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi;</p> <p>c) la partecipazione di medici e piccoli gruppi anche integrati con altre figure professionali;</p> <p>d) appropriate modalità per la valutazione della qualità dei corsi;</p> <p>e) idonee modalità per la valutazione formativa dei partecipanti, in adesione ai criteri di certificazione della qualità e di acquisizione dei crediti</p>	<p>10. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento.</p>

<p>formativi.</p>	
<p>11. I temi della formazione obbligatoria saranno scelti, nel rispetto delle indicazioni della “Commissione nazionale per la formazione continua”, in modo da rispondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>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.</p>	<p>11. I corsi obbligatori, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, 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.</p>
<p>13. Le Aziende al termine di ciascun corso rilasciano un</p>	<p>12. L'azienda provvede ed assicurare l'erogazione delle</p>

<p>attestato relativo alle materie del corso frequentato, a titolo di credito didattico.</p>	<p>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.</p>
<p>14. Con accordi a livello regionale tra la Regione e Sindacati medici di medicina generale maggiormente rappresentativi, sentiti gli Ordini dei Medici, e le Società professionali della medicina generale saranno prese iniziative per definire:</p> <p>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;</p> <p>b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina generale;</p> <p>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;</p> <p>d) i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco;</p> <p>e) le modalità e 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</p>	<p>13. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla regione in base alle indicazioni della conferenza stato-regioni.</p>

<p>dell'accreditamento di cui all'art. 16-ter, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni.</p>	
<p>15. Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.</p>	
<p>16. L'attività di animatore non comporta riduzione del massimale individuale.</p>	
<p>17. A cura della Regione gli animatori in formazione sono iscritti in apposito elenco regionale tenuto dall'Assessorato regionale alla sanità.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.L.vo n. 502/92, 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.L.vo n. 502/92 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.</p>	

ART. - 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.	1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente accordo e da normative nazionali, regionali o aziendali , 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 amministrazioni
2. Tale onere è a carico della Azienda di iscrizione del medico.	INVARIATO
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. 833/78.	INVARIATO
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.	INVARIATO
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	INVARIATO

<p>disponibilità della quota parte di orario spettante, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.</p>	
<p>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. 833/78. 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.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO</p>

Art. - Rappresentatività sindacale.

<p>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.L.vo n. 502/92 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 e Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>2. La 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 e trasmesse, 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 e alle Segreterie Nazionali delle OO.SS..</p>	<p>2. La consistenza associativa e' 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. Le ritenute iniziano il mese successivo alla comunicazione di delega.</p>
<p>3. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 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.</p>	<p>3. Entro il mese di febbraio di ciascun anno, mediante comunicazione delle stesse Aziende e per tramite dell'Assessorato Regionale alla Sanita, la consistenza associativa viene trasmessa alla Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC) ed alle Segreterie Nazionali delle OO.SS.</p>
<p>4. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa è riferita ai dati rilevati nell'anno precedente.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>5. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul</p>	<p>INVARIATO</p>

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>7. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in c/c intestato ai tesorieri dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>8. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>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.</p>	<p>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, purchè in possesso del requisito di rappresentatività del 3% nella regione interessata.</p>
<p>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 purchè in possesso del requisito di rappresentatività di</p>	<p>10. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali in possesso del requisito di rappresentatività del 5% a livello aziendale.</p>

<p>cui al comma 5 a livello aziendale.</p>	
<p>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.</p>	<p>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 univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli Accordi come tale, è rappresentata alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione soggettiva resti invariata.</p>

ART - COMITATO AZIENDALE

<p>1. In ciascuna azienda, o ambito 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.</p>	<p>1. In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, e' costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale. I compiti e le modalità di funzionamento del comitato sono definite dalla Regione, previo parere favorevole delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale.</p>
<p>2. Il comitato aziendale esprime pareri obbligatori:</p> <ul style="list-style-type: none">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 ambiti di scelta;f) individuazione delle zone disagiate;g) ogni altro parere previsto dal presente Accordo e dagli accordi regionali e aziendali.	<p>2. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>3. Inoltre il comitato aziendale è preposto alla definizione degli accordi aziendali e a ogni altro incarico attribuitogli dal presente accordo o da accordi regionali o aziendali.</p>	
<p>4. Il comitato esprime pareri sui rapporti convenzionali di assistenza primaria, di continuità assistenziale,</p>	

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.	

Art - Comitato Regionale

<p>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.</p>	<p>1. In ciascuna regione e' 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.</p>
<p>2. Il comitato permanente è preposto:</p> <ul style="list-style-type: none">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.	<p>2. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto diposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>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.</p>	
<p>4. La regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato regionale.</p>	

Art. 13 - Osservatorio Consultivo Permanente

<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">- rilevare ed esaminare le eventuali questioni interpretative e applicative derivanti dall'applicazione dell'accordo nazionale e degli Accordi regionali, anche attraverso il monitoraggio delle deliberazioni dei Comitati Consultivi 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 la relativa conclusione, degli Accordi decentrati regionali previsti dal presente Accordo.	<p>1. vedi Art. 10 disposizione conclusiva parte prima</p>
<p>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.</p>	

<p>3. L'Osservatorio ha sede presso il Ministero della Sanità – Servizio per i rapporti convenzionali con il SSN – ed è composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dal Dirigente Generale del Servizio rapporti convenzionali con il SSN 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. 	-
<p>4. Le funzioni di segretario dell'osservatorio sono svolte da un funzionario amministrativo ministeriale.</p>	
<p>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.</p>	
<p>6. Di ogni riunione sarà redatto apposito verbale che verrà trasmesso ad ogni buon fine a tutte le parti firmatarie e a tutte le Regioni e Province Autonome per gli eventuali incumbenti di rispettiva competenza.</p>	
<p>7. La partecipazione alle riunioni dei componenti l'Osservatorio non comporta oneri economici ad alcun titolo a carico del Ministero della Sanità.</p>	
<p>8. Ai lavori possono essere invitati esperti o altri rappresentanti delle parti firmatarie in relazione agli</p>	

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.	

ART. – PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ

<p>1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del D.L.vo n. 502/92 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:</p> <ul style="list-style-type: none">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. del 23/7/98 - cioè assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi - e 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 e Aziendali, con al indicazione dello specifico finanziamento.	<p><i>Al regionale</i></p>
<p>2. Le attività territoriali riguardanti la medicina generale di cui alla lettera b) del comma 1, sono in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none">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	

<p>strutturale, strumentale e di personale;</p> <p>d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;</p> <p>e) progetti obiettivo nazionali, regionali e aziendali;</p> <p>f) progetti a livello di spesa programmato;</p> <p>g) sviluppo delle forme associative nelle condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica;</p> <p>h) sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei medici di medicina generale.</p> <p>i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici e assistenziali;</p> <p>j) conferenze di consenso nell'ambito del Distretto;</p> <p>k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio;</p> <p>l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.</p>	
<p>3. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 è assicurato dalla Azienda, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:</p> <p>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 e aziendali;</p> <p>b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai medici di medicina generale;</p> <p>c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la medicina generale;</p> <p>d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del medico nella Azienda stessa</p>	

o in altra Azienda.	
<p>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.</p>	
<p>5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:</p> <p>a) l’andamento, per la parte concernente la medicina generale e indicata ai commi 2 e 3, dell’attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;</p> <p>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.</p>	
<p>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</p>	

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.	

ART. - EQUIPES TERRITORIALI

<p>1. In attesa che le Regioni disciplinino il distretto e la sua organizzazione secondo le prescrizioni e i principi degli articoli 3-quater e 3-quinquies del D.L.vo n. 502/92, 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 e i programmi distrettuali, secondo gli indirizzi dei successivi commi.</p>	<p>1. Le Regioni e le Aziende, attraverso la istituzione di équipes territoriali, realizzano forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente. e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali</p>
	<p>2. In coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 le Regioni prevedono, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di assistenza primaria (UTAP), strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.</p>
<p>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 e aziendali.</p>	<p>3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>

<p>3. L'équipe territoriale è:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale. 	
<p>4. Al fine di assicurare l'intersettorialità 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>5. L'intervento coordinato e integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 e anziani; d) patologie in fase terminale; e) patologie da HIV; f) tutela della salute mentale; g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. 	

<p>6. L'attività interdisciplinare e 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:</p> <ul style="list-style-type: none">a) finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali e appropriati di assistenza, e 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 e sui risultati conseguiti.	

ART. 15-BIS – APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE

<p>1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:</p> <p>a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali, come previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dall'art. 14, comma 2, lettera i);</p> <p>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;</p> <p>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.</p>	<p>1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:</p> <p>a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza</p> <p>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;</p> <p>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 e' riconosciuta secondo le evidenze scientifiche;</p> <p>d) realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio, in ragione della programmazione regionale.</p>
<p>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.</p>	<p>2. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto diposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>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</p>	

<p>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 e i principi di cui ai successivi commi.</p>	
<p>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</p>	
<p>5. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:</p> <p>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;</p> <p>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.</p>	
<p>6. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:</p> <p>a) sia oggetto di occasionale, e</p>	

<p>non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;</p> <p>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.;</p> <p>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.</p>	

ART. 15-TER – STRUTTURA DEL COMPENSO

ART. FUNZIONI DELLA MEDICINA GENERALE

Il ruolo **della Medicina Generale** nel sistema sanitario è orientato a:

a) Superamento della logica dell'intervento rivolto alla erogazione della singola prestazione a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino attraverso un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema;

b) Valorizzazione delle cure primarie e responsabilizzazione del MMG **tramite il governo clinico** in ordine all'appropriatezza e all'efficacia della pratica professionale e in ordine all'allocazione delle risorse.

La Medicina Generale è tenuta a garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso la organizzazione distrettuale del servizio ed il coordinamento operativo e l'integrazione professionale fra l'attività dei medici di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta, dei medici della continuità assistenziale, della medicina dei servizi

2. Lo sviluppo di forme associative, la qualificazione di standards strutturali ed operativi, il raggiungimento di obiettivi **favoriscono** lo svolgimento delle funzioni e dei compiti affidati al medico di medicina generale.

I medici singoli ed associati fanno parte di centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per partecipare al raggiungimento di specifici obiettivi del Distretto.

Tale organizzazione dovrà ricercare il massimo livello di integrazione con gli specialisti ambulatoriali e le altre figure professionali presenti nel distretto.

Le Aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, con la partecipazione dei medici

individuano gli obiettivi, i programmi di attività e conseguenti livelli di spesa programmati dei medici, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto, verificandone il raggiungimento;

Sulla base di accordi regionali, sono individuate specifiche attività di tutela dei soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario, ivi compresi gli extracomunitari in attesa di regolarizzazione.

Il medico di medicina generale svolge compiti clinici, assicura la comunicazione con i pazienti e gestisce *gli strumenti professionali*.

ART. - RESPONSABILITÀ CONVENZIONALI E VIOLAZIONI. COLLEGIO ARBITRALE

<p>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.</p>	<p>Responsabilita' convenzionali e violazioni. Collegio arbitrale</p> <p>1. I medici convenzionati di medicina generale sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dalla presente convenzione 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.</p> <p>2. Le violazioni di natura occasionale danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:</p> <ul style="list-style-type: none">a) richiamo verbaleb) richiamo con diffida per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale. <p>3. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza. Il medico ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito se lo richiede.</p> <p>4. Il Responsabile aziendale della struttura di riferimento del medico, valutate le controdeduzioni addotte dallo stesso, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento e' notificato all'interessato entro 30 giorni dalla sua assunzione.</p> <p>5. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:</p> <ul style="list-style-type: none">a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di sei mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida;b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;c) revoca per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 6. comma 2, e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto. <p>6. Le aziende, per le violazioni di cui al comma 5, si avvalgono di un unico collegio arbitrale regionale, con carattere permanente e costituito in modo paritetico:</p> <ul style="list-style-type: none">- da 1 a 3 componenti di parte pubblica designati dalla Regione;- da 1 a 3 componenti designati dalle OO. SS. maggiormente rappresentative a livello regionale;- dal Presidente, designato dalla Regione, scelto tra gli Avvocati iscritti all'Ordine del Capoluogo. <p>Le funzioni di segreteria sono svolte da un funzionario individuato dalla regione.</p> <p>7. Il collegio è nominato con provvedimento regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente convenzione. La Regione provvede a raccogliere le designazioni delle OO. SS. maggiormente</p>
--	--

	<p>rappresentative a livello regionale, entro un termine da essa stabilito. Trascorso tale termine, in caso di mancata designazione unitaria da parte delle OO.SS., la Regione provvede alla individuazione dei componenti di parte medica mediante estrazione a sorte tra i designati.</p> <p>In caso di mancata designazione, la Regione provvede direttamente a nominare i componenti anche di parte sindacale .</p> <p>8. Il Direttore generale dell'azienda, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza, contesta per iscritto l'addebito al medico. Il medico ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito se lo richiede, con l'eventuale assistenza di un procuratore.</p> <p>9. Il Direttore generale, valutate le controdeduzioni del medico, procede all'archiviazione del caso o dispone, entro 10 giorni, la notifica e la trasmissione di tutti gli atti riguardanti il caso, al Presidente del collegio.</p> <p>10. Il Presidente, ricevuta la notifica dell'azienda, convoca il collegio entro 20 giorni, per la discussione del caso.</p> <p>11. Il Collegio, udite le parti se ne hanno fatta richiesta e acquisita l'eventuale documentazione dalle stesse prodotta, emette la decisione entro 20 giorni dalla seduta e ne da' comunicazione a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento alle parti interessate.</p> <p>12. L'Azienda ricevuto il deliberato del Collegio si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale, da assumersi entro 20 giorni dal ricevimento della decisione del collegio.</p> <p>13. Il procedimento deve concludersi entro 120 giorni dalla notifica della contestazione. Il termine previsto dal presente comma è perentorio.</p> <p>14. L'atto di contestazione e il provvedimento, 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 decreto legislativo n. 502/92, e successive modificazioni e integrazioni.</p> <p>15. 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.</p> <p>16. Non puo' 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.</p> <p>17. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.</p>
<p>2. Le violazioni danno luogo, secondo la gravità dell'infrazione, all'applicazione delle seguenti sanzioni:</p> <p>a) richiamo verbale, per lievi infrazioni comprese quelle occasionali relative alle norme sulla prescrizione e sulla proposta;</p> <p>b) richiamo con diffida per la ripetizione di lievi infrazioni e per infrazioni di</p>	

<p>una certa gravità;</p> <p>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);</p> <p>d) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 6 giorni e non superiore a sei mesi, in particolare per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; <p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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</p>	

<p>controversia sia sottoposta al giudizio del collegio arbitrale.</p>	
<p>6. Il collegio è composto da tre arbitri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario dell'azienda sanitaria locale di riferimento.</p>	
<p>7. Ricevuta l'impugnazione con la richiesta di devolvere al collegio arbitrale la decisione sulla controversia, il Direttore generale della azienda entro 10 giorni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sospende l'applicazione della sanzione; - individua il membro di nomina aziendale e 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. <p>Le parti hanno diritto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - essere ascoltate dal Collegio arbitrale; - presentare al collegio ulteriori documenti e memorie inerenti il caso. 	
<p>8. Il Collegio, udite le parti se ne hanno fatta richiesta e acquisita l'eventuale</p>	

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.L.vo n. 502/92, 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.	

ART. - ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO. PRESTAZIONI INDISPENSABILI E LORO MODALITÀ DI EROGAZIONE

<p>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.</p>	<p>1. Il diritto di sciopero delle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 10 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero indetto in precedenza, le organizzazioni sindacali devono darne tempestiva comunicazione. La proclamazione di scioperi relativi a vertenze regionali deve essere comunicata all'Assessorato regionale alla Sanità. La proclamazioni di scioperi nell'ambito di singole aziende deve essere comunicata alle amministrazioni interessate.</p>
<p>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.</p>	<p>2. 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.</p>
<p>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.</p>	<p>3. Le organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:</p> <ul style="list-style-type: none">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 ambiti territoriali;d) nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.
<p>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.</p>	<p>4. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.</p>
<p>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.</p>	<p>5. Il medico convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale.</p>
<p>6. Le organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:</p> <ul style="list-style-type: none">a) nel mese di agosto;	<p>6. L'adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale. Sotto fatte salve modalità diverse concordate a livello regionale, al fine</p>

<p>b) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;</p> <p>c) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;</p> <p>d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;</p> <p>e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.</p>	<p>di garantire ai cittadini i servizi essenziali e le prestazioni urgenti.</p>
<p>7. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.</p>	<p>7. La trattenuta è effettuata dall'azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dell'agitazione sindacale</p>
<p>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.</p>	<p>8. Sono prestazioni indispensabili di assistenza primaria, ai sensi della legge n.146/1990, come modificata ed integrata dalla legge n.83/00 e successive modificazioni e integrazioni: le visite domiciliari urgenti, l'assistenza domiciliare integrata, le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite a livello regionale.</p>
<p>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 e 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.</p>	<p>9. Nel campo della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale, oltre a quelle previste dal precedente comma per quanto di competenza, sono prestazioni indispensabili gli interventi di cui agli artt. 52 e 65 limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici.</p>
	<p>10. In sede di negoziazione regionale con i sindacati maggiormente rappresentativi a livello regionale, vengono individuati, per le diverse aree della medicina generale, appositi contingenti di medici che sono esonerati dallo sciopero per garantire la continuità delle prestazioni indispensabili. Detti accordi individuano:</p>

	<p>a) i contingenti di medici, suddivisi per aree b) i criteri e le modalità da seguire per l'articolazione dei contingenti a livello territoriale.</p> <p>11. Per l'area dell'assistenza primaria, l'individuazione del contingente di medici si realizza nell'ambito delle sperimentazioni regionali di strutture operative composte, con sede unica, ai sensi dell'art.6, Parte prima della presente convenzione.</p>
<p>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.</p>	<p>12. In conformita' agli accordi di cui al comma precedente le aziende individuano, in occasione degli scioperi dei medici di continuita' assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale, i nominativi dei medici, inclusi nei contingenti, come sopra individuati, tenuti alle prestazioni indispensabili da esonerare dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi 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 volonta' di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile</p>
<p>4. Tale comunicazione non è dovuta, da parte dei medici iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:</p> <p>a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente ACN;</p> <p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>7. Il medico iscritto a 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.</p>	

ART. 18 - DURATA DELL'ACCORDO

1. Il presente accordo ha durata triennale e scade il 31.12.2000.	Vedi parte prima art 11
---	-------------------------

CAPO II

ASSISTENZA PRIMARIA

ART. 19 - RAPPORTO OTTIMALE

<p>1. La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria.</p>	<p>1. La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, come definita dalla Regione.</p>
<p>2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria è organizzata in via prioritaria per ambiti comunali, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>3. Le regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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 ambiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 2 e 3.</p>	<p>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 ambiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 1, 2 e 3.</p>
<p>5. L'ambito 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 ambiti territoriali con popolazione inferiore a 5.000 unità ma comunque mai inferiore a 3.500.</p>	<p>5. L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 6.000 abitanti anagraficamente residenti. 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 ambiti territoriali con popolazione inferiore a 6.000 unità ma comunque mai inferiore a 4.200.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>7. La determinazione del numero dei medici iscrivibili in comuni comprendenti</p>	<p>INVARIATO.</p>

<p>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 ambito comunale, da dichiararsi da parte della o delle Aziende con il resto più elevato.</p>	
<p>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'ambito comunale ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>9. Ferma restando la facoltà delle Regioni di disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale secondo parametri diversi definiti nell'ambito degli accordi regionali, ai sensi dell'art. 8, lett. h), D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, per ciascun ambito 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.</p>	<p>9. Ferma restando la facoltà delle Regioni di disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale secondo parametri diversi definiti nell'ambito degli accordi regionali, ai sensi dell'art. 8, lett. h), D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, per ciascun ambito territoriale, definito ai sensi del comma 3, può essere iscritto soltanto un medico per ogni 1200 residenti o frazione di 1200 superiore a 600, detratta la popolazione di età compresa tra 0 - 6 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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'ambito</p>	<p>INVARIATO.</p>

<p>territoriale, abbiano effettuato la scelta del medico in altro ambito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.</p>	
<p>12 In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui ai commi 2 e 3, in tutte le circoscrizioni e nelle zone con oltre 500 abitanti di ambiti 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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>14. In caso di modifiche di ambito territoriale il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, fatti salvi il rispetto dei massimali o quote individuali e il diritto di scelta degli assistiti.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>15. Fatto salvo quanto previsto al comma 9, sono definite le seguenti modalità di rilevazione degli ambiti carenti:</p> <p>a) le ASL procedono alla rilevazione del totale dei massimali teorici dei medici già inseriti in ogni ambito di scelta (per gli ambiti cittadini la rilevazione può avvenire anche per zone decentrate o distretti);</p> <p>b) successivamente le ASL individuano il numero dei cittadini in carico ai medici già inseriti;</p> <p>c) le ASL procedono, quindi a calcolare la differenza matematica tra il massimale teorico e la popolazione effettivamente assistita. L'ambito viene dichiarato</p>

	<p>carente se tale differenza numerica risulta essere inferiore ad una soglia numerica calcolata sulla base di 500 (cinquecento) ogni diecimila cittadini. L'inserimento di un secondo medico scatterà quando tale soglia non risulterà superata sommando 1.500 (millecinquecento) al massimale teorico dei medici già inseriti. La stessa procedura viene seguita per l'inserimento di ulteriori medici;</p> <p>d) eventuali inserimenti straordinari sono valutati dal comitato consultivo locale su proposta dell'ASL. Qualora il comitato consultivo locale esprima parere negativo la richiesta viene valutata in via definitiva dal comitato consultivo regionale.</p>
--	--

ART. 20 - COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA

<p>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.</p>	<p>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</p>
<p>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.</p>	<p>2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:</p> <p>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 4 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, eccezione 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</p> <p>b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso</p>
<p>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 protrae 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.</p>	
<p>4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:</p> <p>c) i medici che risultano già iscritti in</p>	<p>3. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i medici di cui alla lettera b) del precedente comma 2 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:</p>

<p>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 4 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.</p> <p>d) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.</p>	<p>a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 2;</p> <p>b) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;</p> <p>c) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.</p>
<p>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.</p>	<p>4. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti 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 ambiti territoriali per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione</p>
<p>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".</p>	<p>5. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del comma 2 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 2 in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 3, sulla base del disposto di cui ai commi 6 e 7 dell'articolo Titoli per la formazione della graduatoria .3 del presente Accordo.</p>
<p>7. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i medici di cui alla lettera b) del precedente comma 4 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:</p> <p>d) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 2;</p>	<p>6. L'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 2, lettera a), è determinata sommando:</p> <p>a) l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della assistenza primaria della regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;</p>

<p>e) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;</p> <p>f) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.</p>	<p>b) l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorché già compresa nell'anzianità di cui alla lettera a).</p>
<p>8. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti 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 ambiti territoriali per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.</p>	<p>7. 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. Instaurazione del rapporto convenzionale, comma 1.</p>
<p>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.</p>	<p>8. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui al comma 2 lettera a), accetta l'incarico ai sensi dell'art. Instaurazione del rapporto convenzionale, comma 1 decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.</p>
<p>10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.</p>	<p>9. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>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 ambiti 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.</p>	
<p>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</p>	

<p>necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 4 in base all'ordine risultante dall'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.</p>	
<p>13. L'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 4, lettera a), è determinata sommando: c) l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della assistenza primaria della regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico; d) l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorché già compresa nell'anzianità di cui alla lettera a).</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>17. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un ambito 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.</p>	
<p>18. La Regione può individuare e assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.</p>	

ART. - INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 nelle zone assegnatagli, 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 documentare la presentazione della domanda di trasferimento dall'Ordine di provenienza.	<p>3.È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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</p>	

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	

<p>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.</p>	

ART. - REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI

<p>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.</p>	INVARIATO
<p>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.</p>	INVARIATO
<p>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.</p>	INVARIATO
<p>4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere</p>	INVARIATO

<p>eliminata ogni comunicazione tra le due strutture.</p>	
<p>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 e 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.</p>	<p>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, dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane e la fascia mattutina del lunedì, secondo un orario congruo e comunque non inferiore a: 5 ore settimanali fino a 500 assistiti. 10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti. 15 ore settimanali da 1000 e 1500 assistiti.</p> <p>L'orario di studio è definito dal medico anche in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco e 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.</p> <p>I medici che aderiscono a forme associative della medicina generale sono tenuti a garantire una apertura dello studio secondo le determinazioni previste definite in sede di contrattazione regionale per le singole tipologie di associazione.</p>
	<p>6. L'Azienda ha il compito di verificare l'applicazione del disposto di cui al precedente comma 5.</p>
<p>6. Il suddetto orario con il nominativo del medico, da</p>	<p>INVARIATO.</p>

<p>comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico; eventuali variazioni devono essere comunicate alla Azienda entro 30 giorni dalla avvenuta variazione.</p>	
<p>7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.</p>	<p>INVARIATO.</p>
	<p>8. Le modalità di contattabilità del medico al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali ed inserite nella carta dei servizi</p>

ART. – SOSTITUZIONI

<p>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.</p>	<p>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, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi. Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituto, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo. Il medico sostituto deve garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del medico sostituto.</p>
	<p>2.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.</p>
	<p>3.È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>2. Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituto, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente accordo.</p>	
	<p>.</p>
<p>3. Le Aziende per i primi 30</p>	<p>.</p>

<p>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.</p>	
<p>4. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme del regolamento allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale, compresa la relativa documentazione.</p>	
<p>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.</p>	
<p>6. Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informarne 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.</p>	
<p>7. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.</p>	
<p>8. Tranne che per i motivi di</p>	

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>13. In caso di decesso del medico convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il medico</p>	

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.	

ART. - INCARICHI PROVVISORI

<p>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.</p>	<p>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 secondo le modalità di cui all'art Graduatorie, un incarico temporaneo.</p>
<p>2. Tale incarico, di durata comunque inferiore a otto mesi, cessa alla 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 giorni 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".</p>	<p>3.È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>5. Qualora in un ambito territoriale si determinino le condizioni previste al precedente comma 1, la Azienda è tenuta ad informare,</p>	

<p>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.</p>	

ART. 25 - MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI

<p>1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità.</p>	<p>1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità.</p>
<p>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.</p>	<p>Invariato</p>
<p>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. 833/78, e per un tempo determinato, non superiore comunque a mesi sei.</p>	<p>2.eventuali deroghe al massimale nazionale sono definite nell'ambito della contrattazione regionale, in particolare al fine di incentivare l'associazionismo di gruppo e l'attivazione dei gruppi di cure primarie e comunque nei casi di aree disagiate</p>
<p>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.</p>	<p>4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga attività orarie compatibili con tale iscrizione diverse da quelle disciplinate dal presente Accordo, 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 Libera Professione del presente Accordo in materia di libera professione strutturata</p>
<p>5. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per</p>	<p>5. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per</p>

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>6. I medici possono autolimitare il proprio massimale, che non può essere inferiore a 1.200 scelte. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.</p>
	<p>7. Le autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo devono essere formalmente adeguate dal medico interessato al disposto del precedente comma 6 entro 3 mesi dalla data di pubblicazione del presente Accordo. In difetto di tale adempimento provvede l'Azienda, che ne dà comunicazione al medico interessato, anche ai fini della applicazione delle norme sulle incompatibilità di cui all'art. 4 del presente Accordo.</p>
<p>7. Ai medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, 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. 412/91), alle condizioni e nei</p>	<p>INVARIATO.</p>

<p>limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, così come disposto dal precedente articolo 19.</p>	
<p>8. Ai medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.93 n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.93, 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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>9. Ai medici di cui al comma 8, che alla data di pubblicazione del presente Accordo detenevano un numero di scelte superiore a 500 è fatto divieto di acquisire ulteriori scelte. Per tali medici la Azienda dispone il rientro nei limiti del massimale di cui al comma 8 mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>Invariato</p>
	<p>10.1. Le scelte temporanee di cui all'articolo (scelte del medico) commi 5 e 6, per un anno, non concorrono alla determinazione del massimale individuale.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>

ART. - SCELTA DEL MEDICO

<p>1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistito sono fondati sul rapporto di fiducia.</p>	<p>1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistito sono fondati sul rapporto di fiducia.</p> <p>Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per se 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.</p>
<p>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 OO.SS. 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.).</p>	<p>2.le Aziende promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le OO.SS. maggiormente rappresentative, anche attraverso la diffusione della carta dei servizi una corretta informazione agli assistiti 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.) utilizzo di procedure informatiche, disponibilità telefonica, disponibilità del personale di studio, caratteristiche strutturali e strumentali, ecc.</p>
	<p>3.La scelta per i cittadini residenti ha validità annuale, salvo revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.</p>
<p>3. Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per se 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</p>	<p>È nel comma 1</p>

residenza.	
4. La 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 ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.	4. Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta è espressamente prorogabile
5. La scelta per i cittadini residenti ha validità annuale, salvo revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.	5. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato, ha validità pari a quella del permesso di soggiorno
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.	6. Il medico è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.
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	INVARIATO.

<p>medico anche in deroga al massimale o quota individuale, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare.</p>	
<p>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.</p>	<p>Invariato</p>

ART. - REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda. Contemporaneamente alla revoca l'assistito deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.	INVARIATO.
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.	INVARIATO.
3. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale revoca deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b), D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.	INVARIATO.
4. Non è consentita la ricusazione 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.	INVARIATO.
5. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima.	INVARIATO.
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	INVARIATO.

scelta e di una sollecita operazione di aggiornamento degli elenchi del medico interessato.	
---	--

ART. - REVOCHE D'UFFICIO

<p>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.</p>	INVARIATO.
<p>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.</p>	INVARIATO.
	3. Differenti modalità di gestione delle scelte temporaneamente sospese possono essere concordate nell'ambito degli Accordi regionali.
<p>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.</p>	<p>3. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso.</p>
<p>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</p>	<p>4. In caso di trasferimento di residenza ad altra Azienda, 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</p>

<p>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.</p>	<p>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, solo nel caso in cui il nuovo comune di residenza sia ubicato in una Azienda non limitrofa. L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al medico ed al cittadino interessati entro 3 mesi dall'evento.</p>
	<p>. 5.Le revoche conseguenti ai cambiamenti di residenza all'interno della Azienda e tra aziende limitrofe sono disciplinate con accordi regionali</p>
<p>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.</p>	<p>Invariato</p>
<p>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 ripetere, il tabulato nominativo relativo ai pazienti oggetto di revoca completo della causa e della decorrenza della revoca medesima.</p>	<p>Invariato</p>
<p>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</p>	<p>Invariato</p>

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.	Invariato
9. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo hanno corso nella misura massima del 20% dei compensi mensili, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali.	9. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo hanno corso nella misura massima del 20% dei compensi mensili, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali- Nell'ambito degli Accordi Regionali possono essere definite differenti modalità ed entità della misura massima di ripetizione di somme o di conguagli negativi.

ART. - SCELTA, REVOCA, RICUSAZIONE: EFFETTI ECONOMICI

<p>1. Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>3. La cessazione per sopraggiunti limiti di età da parte del medico produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>4. Le operazioni di aggiornamento dell'elenco degli assistiti rispetto alla scelta e alla revoca sono svolte in tempo reale, qualora sia realizzabile in base alla possibilità di utilizzo di procedure informatiche.</p>	<p>INVARIATO.</p>
	<p>5. Modalità differenti di gestione delle operazioni di scelta e revoca e di aggiornamento degli elenchi degli assistiti e delle comunicazioni ai medici sono oggetto di contrattazione regionale.</p>

ART. - 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.	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.	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.	3.È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale
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.	

ART. - COMPITI DEL MEDICO CON COMPENSI A QUOTA FISSA

Le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:

Servizi essenziali:

Gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute

Gestione dei malati terminali, nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata;

- a) Espletamento delle funzioni di cui al comma precedente si realizza con visite ambulatoriali e domiciliari ed a scopo diagnostico e terapeutico.
- b) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del proprio paziente, in quanto atti che attengono alla professionalità del medico di medicina generale;
- e) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico **compatibile con gli standard definiti dalla programmazione**, ad uso del medico, del cittadino e del SSN, in ottemperanza a quanto disposto dalla legge sulla privacy
- f) l'esposizione nei locali dello studio medico di informativa in merito ai compiti del medico e ai diritti/doveri degli obblighi degli assistiti, (carta dei servizi)

Sono individuate sostanzialmente due diverse tipologie di forme organizzative funzionale e strutturale. La prima si caratterizza per la possibilità che hanno tutti i medici di parteciparvi (vedi equipe territoriali) e per la prevalenza delle attività di cure domiciliari. Per tali motivi la partecipazione a questa forma organizzativa è obbligatoria

La seconda si realizza in presenza di medici in associazione di gruppo o unità territoriale di assistenza primaria che necessitano di strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali idonee. La partecipazione a questa forma organizzativa è facoltativa. Gli accordi regionali definiscono il modello organizzativo

- l'aggregazione in centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per il raggiungimento di specifici obiettivi del Distretto;

- le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;

- la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche secondo le normative vigenti

- la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro per tutti i lavoratori ivi compresi i lavoratori frontalieri ai quali sarà rilasciata certificazione similare a quella dei lavoratori non soggetti a regime INPS;

- Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 2 aprile 1981, n. 155 sono rilasciate utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80 per i lavoratori del settore privato;

- La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi ***laddove previste;***
- Le valutazioni multidimensionali e relative certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, nel rispetto della programmazione e degli accordi regionali
- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, la conoscenza del Servizio sanitario nazionale, e regionale ,(con idoneo supporto delle aziende) inclusa il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni
- l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale
- L'effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende, ivi comprese le vaccinazioni ai soggetti ultra settantacinquenni;
- La partecipazione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

ART. - COMPITI DEL MEDICO A QUOTA VARIABILE DI COMPENSO, CON COMPENSI AGGIUNTIVI.

<p>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.</p>	<p>1.E' istituito in ogni singola Regionale un fondo a riparto finanziato con fondi residui dalla spesa per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione come definiti dall'art. 45 lettera --, --, --,.</p>
<p>2. I compiti di cui al presente articolo sono:</p> <p>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";</p> <p>b) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 39, lett. C);</p> <p>c) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D";</p> <p>d) assistenza in zone disagiatissime, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali di cui all'art. 45, lettera "C2", comma 2;</p> <p>e) visite occasionali, secondo l'art. 43, comma 4.</p>	<p>2 Il fondo di cui al comma 1, è finalizzato ad incentivare assetti organizzativi e strutturali di qualità dell'assistenza primaria sulla base di quanto concordato nell'ambito degli Accordi regionali.</p>
	<p>3.È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei compiti , degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto diposto dall'art. Negoziazione regionale</p>

ART. - VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI

1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.	INVARIATO
	2. Le visite domiciliari e ambulatoriali, in presenza di unità di cure primarie o di forme associative complesse (equipe territoriale, medicina di gruppo), fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate dai gruppi stessi tenendo conto, nel rapporto con l'utenza, di una offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona.
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.	INVARIATO
3. A cura della Azienda e del medico di medicina generale tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti.	INVARIATO
4. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.	4. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile. A tal fine i medici di assistenza primaria che operano nelle Unità di cure primarie e in forme associative complesse possono organizzare la risposta clinica secondo modalità organizzative proprie, anche sulla base di quanto previsto al comma 2
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	INVARIATO

<p>dieci dello stesso giorno, nonché, quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.</p>	
<p>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.</p>	<p>INVARIATO</p>
<p>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.</p>	<p>8. Gli accordi regionali possono disciplinare ,per particolari necessità assistenziali, ulteriori e differenti modalità di effettuazione delle visite domiciliari e dell'accesso agli studi professionali, collegate alla reperibilità del medico, all'orario di ambulatorio e alla richiesta delle visite domiciliari.</p>

ART. - 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.	INVARIATO.
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.	INVARIATO.
3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del medico di famiglia, anche presso il domicilio del paziente.	INVARIATO.
4. Il medico di famiglia o lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.	INVARIATO.
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.	INVARIATO.
	6. I medici che operano in forme associative complesse (equipe territoriali e medicina di gruppo) ed in Unità di cure primarie, possono organizzare la risposta al bisogno di prestazioni specialistiche, anche sotto forma di consulto, mediante l'accesso diretto del medico specialista nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze ritenute necessarie. Fatto salvo il rispetto degli standards definiti dalle legge, tali attività sono disciplinate dagli Accordi regionali.

ART. – RAPPORTI TRA IL MEDICO DI FAMIGLIA E L'OSPEDALE

	<p>1. Nello spirito e nel progressivo impegno alla presa in carico del proprio assistito, il medico di medicina generale, che ha cognizione di tutti i momenti della attività sanitaria in favore del proprio assistito, si prende cura della persona malata nell'accesso all'ospedale, può partecipare alla fase diagnostica, curativa e riabilitativa, direttamente o mediante l'accesso al sistema informatico. Le aziende sanitarie locali hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni atte a garantire al medico di fiducia la continuità della presa in carico della persona in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri. Le regioni istruiscono in modo analogo le attività delle Aziende ospedaliere.</p>
<p>1. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale ex art. 11 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 47, adottano, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note CUF e delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni;</p> <p>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.</p>	<p>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 pertanto, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:</p> <p>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;</p> <p>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, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;</p> <p>c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizione previste dall'articolo 50 della legge ____/2003;</p> <p>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.</p>

<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
	<p>4. Particolare attenzione sarà posta, ove le disposizioni regionali ed aziendali le prevedano, alla consegna da parte dell'ospedale delle confezioni terapeutiche all'atto della dimissione ospedaliera, al fine di evitare la discontinuità terapeutica o il ritardato avvio di una nuova terapia.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>6. In particolare sulla base di indirizzi</p>	<p>INVARIATO.</p>

<p>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.</p>	
<p>7. Le finalità di cui al comma 6 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 5.</p>	<p>INVARIATO.</p>

ART. - ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO

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 24.12.1993, n. 537 e successive integrazioni e modificazioni.	INVARIATO.
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.	INVARIATO.
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.	INVARIATO.
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.	4. Sulla ricetta di cui alla legge ____/ 2003 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.	Abrogato
6. La necessità della erogazione	INVARIATO.

<p>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.</p>	
<p>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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.</p>	<p>La prescrizione farmaceutica è di norma erogata dal medico di medicina generale, fatte slave le scelte regionali di cui all'art. 50 della legge finanziaria 2003</p>
<p>8. La prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del SSN può essere effettuata solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del medico di medicina generale.</p>	<p>INVARIATO.</p>

ART. - 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.	INVARIATO.
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.	INVARIATO.
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.	INVARIATO.
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.	4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, con l'indicazione "al medico curante"
5. Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste su modulario idoneo a consentire al cittadino la diretta esecuzione della prestazione o indagine richiesta, nel rispetto del disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, e tale da consentire di individuare il medico prescrittore e, con immediatezza, la sua area di appartenenza.	5. Qualora lo specialista ritenga opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste sul modulario previsto dalla legge ___/2003
6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità:	6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità:

<p>odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.</p>	<p>odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali</p>
<p>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.</p>	<p>7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e 6 e nel rispetto del disposto della legge ___/2003 e dei successivi decreti attuativi, 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.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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</p>	<p>INVARIATO.</p>

<p>trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il medico annota la diagnosi del soggetto.</p>	
<p>11. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 1, comma 6, del Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 209 dell'8 settembre 1997, le indagini preliminari al ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal medico di assistenza primaria e direttamente riconducibili al DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione da parte del medico stesso sul modulario del SSN.</p>	<p>INVARIATO.</p>

ART. - CERTIFICAZIONE DI MALATTIA PER I LAVORATORI

<p>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. 33/80. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi fa parte dei compiti di cui all'art. 31, comma 3.</p>	INVARIATO.
<p>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.</p>	abrogato
	2. Le certificazioni relative ad assenza dal lavoro rilasciate da medici diversi da quelli di libera scelta, siano essi del servizio pubblico o liberi professionisti, sono valide ai fini della giustificazione dell'assenza del lavoratore dipendente per malattia, in quanto contenenti gli elementi identificativi del medico e del lavoratore e la prognosi, così come disposto dalla circolare INPS 99/96 del 13.5.1996.

ART. 39 - ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">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).	<p>1L'assistenza domiciliare programmata, costituisce, come previsto dall'art. 32, comma 2, livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico</p>
<p>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.</p>	<p>2.È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli interventi , degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>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).</p>	

ART. – FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

<p>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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.</p>	<p>Va al regionale</p>
<p>2. Al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none">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	

<p>qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;</p> <p>g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica;</p> <p>i medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo, i principi, le tipologie le modalità indicate ai successivi commi.</p>	
<p>3. Le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:</p> <p>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;</p> <p>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.</p>	2.
<p>4. Le forme associative dell'attività di assistenza primaria di cui alla lettera a) del comma 3 sono ispirate ai seguenti criteri generali:</p>	

- | | |
|---|--|
| <p>a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;</p> <p>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;</p> <p>c) della forma associativa possono far parte:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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'articolo 19 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);- medici di continuità assistenziale;- medici pediatri di libera scelta; <p>d) la sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;</p> <p>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</p> | |
|---|--|

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;

- | | |
|---|--|
| <p>j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'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 giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 33 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal 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;</p> <p>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;</p> | |
|---|--|

- | | |
|---|--|
| <p>l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;</p> <p>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;</p> <p>q) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per</p> | |
|---|--|

<p>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;</p> <p>r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici; - per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 12; <p>l'azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo.</p>	
<p>5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo n. 502/92 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.</p>	
<p>6. Le forme associative disciplinate dalla lettera a) del comma 3 sono:</p> <p>A. La medicina in associazione.</p> <p>B. La medicina in rete.</p> <p>C. La medicina di gruppo.</p>	
<p>7. Oltre alle condizioni</p>	

<p>previste dal comma 4, la medicina in associazione si caratterizza per:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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; <p>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.</p>	
<p>8. La medicina in rete, oltre al rispetto delle condizioni previste al comma 4, si caratterizza per:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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; 	

<p>b) gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;</p> <p>c) collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;</p> <p>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;</p> <p>e) chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;</p> <p>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.</p>	
<p>9. Oltre alle condizioni previste al comma 4, la medicina di gruppo si</p>	

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 differenziati. 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

<p>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;</p> <p>h) numero di medici associati non superiore a 8.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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</p>	

<p>restando il disposto di cui alla lettera f) del comma 4, e senza ulteriore incentivazione di associazionismo.</p>	
<p>13. Nell'ambito degli Accordi Regionali stipulati con i 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.</p>	
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>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</p>	

<p>disposto in merito da Accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. 484/96.</p>	
<p>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.</p>	

ART. - INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI

<p>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 oltreché 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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>

ART. - COLLEGAMENTO CON I SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

<p>1. Il medico di famiglia valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisio-patologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>

ART. - VISITE OCCASIONALI

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>2. I medici, tuttavia, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrono all'opera del medico.</p>
<p>3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe onnicomprensive:</p> <ul style="list-style-type: none">- visita ambulatoriale: L. 30.000- visita domiciliare: L. 50.000	<p>3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe onnicomprensive:</p> <ul style="list-style-type: none">- visita ambulatoriale: €. 15,00- visita domiciliare: €. 25,00
<p>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.</p>	<p>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 , ad esclusivo carico dell'azienda sanitaria 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.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte delle Aziende.</p>	<p>prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte delle Aziende.</p>
<p>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.</p>	<p>6. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare, , il modello prescrizione-proposta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza dell'assistito.</p>

ART. - 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 svolta in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di ambulatorio dedicati all'attività convenzionale e onorata direttamente dallo stesso paziente per prestazioni diverse da attività e compiti, previsti e normati dal presente accordo o da accordi regionali e aziendali (ad eccezione di quanto previsto dall'art incompatibilità);

b) occasionale quella svolta per prestazioni diverse da attività e compiti, previsti e normati dal presente accordo o da accordi regionali e aziendali (ad eccezione di quanto previsto dall'art 4) esercitata in favore del cittadino su richiesta dello stesso nel proprio ambulatorio o a domicilio

4. Il medico di medicina generale può svolgere in regime di libera professione, quanto previsto dalle leggi in vigore e le attività di seguito indicate:

a) Medico di fabbrica o medico competente (relativamente agli assistiti non residenti nell'ambito territoriale di scelta del medico e fino al raggiungimento di 1000 scelte in carico ovvero di corrispondente incarico orario, calcolato sulla base del rapporto 40 ore/1500 assistiti). Non è consentito acquisire scelte di cittadini che siano dipendenti delle ditte presso le quali il medico esercita l'attività di medico competente o di fabbrica;

b) Medico fiscale (relativamente agli assistiti non residenti nell'ambito territoriale di scelta del medico e fino al raggiungimento di 1000 scelte in carico ovvero di corrispondente incarico orario, calcolato sulla base del rapporto 40 ore/1500 assistiti);

c) Medico che svolge attività presso gli stabilimenti termali (relativamente agli assistiti non iscritti nel suo elenco e sino al raggiungimento di 1000 scelte in carico ovvero di corrispondente incarico orario, calcolato sulla base del rapporto 40 ore/1500 assistiti);

d) Attività libero professionale svolta nell'ambito delle Commissioni di Accertamento e nelle Commissioni di verifica dell'invalidità civile;

e) Attività libero professionale svolta in qualità di Consulente Tecnico d'Ufficio del Tribunale;

f) Attività connesse alla formazione e alla ricerca didattica;

g) Cariche elettive, qualora compatibili ai sensi dei rispettivi ordinamenti.

5. In relazione all'attività libero professionale di medico di fabbrica, medico competente, di medico addetto agli stabilimenti termali i criteri di cui al comma 4 e le riduzioni di massimali sono rispettivamente ridotti o modificati in base agli Accordi Regionali.

6. 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;
- la dichiarazione che l'attività svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.

7. L'attività libero professionale strutturata può essere svolta per un minimo di 8 ore settimanali e produce una limitazione del massimale pari pari a 37,5 scelte per ogni ora. Modifiche della organizzazione i tale attività possono essere definite negli Accordi regionali

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.

ART. - TRATTAMENTO ECONOMICO

ART. - CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA

<p>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.</p>	<p>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 15% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui il 9,375% a carico dell'Azienda e il 5,625% a carico del medico.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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 379/90, 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.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>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.</p>	<p>INVARIATO.</p>

ART. - RAPPORTI TRA IL MEDICO CONVENZIONATO E LA DIRIGENZA SANITARIA DELL'AZIENDA

<p>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 medica generale di base ha la responsabilità e procede al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari.</p>	<p>1. Ai fini del corretto rapporto tra i medici di assistenza primaria e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed al rispetto delle norme in essi contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte.</p>
<p>2. I medici convenzionati sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.</p>	<p>2. I medici convenzionati di cui al presente Capo sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.</p>

CAPO III

LA CONTINUITA ASSISTENZIALE

ART. - CRITERI GENERALI

<p>1. La continuità assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali di cui all'art. 14.</p>	<p>1. Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, organizzano le attività sanitarie per assicurare le realizzazione delle prestazioni assistenziali non differibili, 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.</p>
	<p>2. Il servizio è indirizzato a tutta la popolazione, in ambito aziendale, ivi compresa quella in età pediatrica. Le prestazioni sono realizzate da:</p> <ul style="list-style-type: none">a) da medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli articoli seguenti del presente Capo;b) da medici di cui alla lettera a) organizzati in forme associative con i medici di assistenza primaria per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore in ambiti territoriali definiti;c) da un singolo convenzionato per la medicina generale residente nell'ambito territoriale; <p>Per quanto previsto dalle lettere b), c) le attività di Continuità assistenziale possono essere assicurate anche in forma di servizio attivo in disponibilità domiciliare.</p>
	<p>3. Nell'ambito delle forme operative sperimentali</p>

	<p>complesse (Utap) il medico di continuità assistenziale si integra nelle attività delle stesse e, nell'ambito delle rispettive funzioni, saranno attribuite funzioni coerenti con le attività della medicina di famiglia, al fine di un più efficace intervento nei confronti delle esigenze di salute della popolazione.</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>4. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) del D.L.vo n. 502/92 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	

<p>per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore, in zone territoriali definite;</p> <p>da un singolo convenzionato per la medicina generale residente nella zona anche in forma di disponibilità domiciliare</p>	
<p>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.</p>	<p>3. I compensi sono corrisposti dall'Azienda a ciascun medico che svolge l'attività, nelle forme di cui al comma 2 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.</p>
<p>6. Gli accordi regionali possono prevedere che le Aziende stipulino apposite convenzioni con i medici di cui al comma 4 lett. b) e c).</p>	

ART. - ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

<p>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.</p>	<p>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 di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di continuita' 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.</p>
	<p>2 Al fine dell'individuazione degli incarichi carenti va considerato a riferimento, un rapporto ottimale di un medico di continuità assistenziale ogni 5000 utenti, salvo diverse determinazioni regionali, in aumento o in diminuzione, in rapporto alle caratteristiche fisiche ed abitative delle diverse aree, della distribuzione dei servizi sanitari e degli incarichi già in essere.</p> <p>3. Le Aziende che dispongano di medici in servizio nella continuità assistenziale in esubero rispetto al rapporto ottimale come definito al comma 2 (tenuto conto delle variazioni di cui al comma 3) non possono attribuire ulteriori incarichi fino al riequilibrio di tale rapporto.</p>
<p>2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dal precedente comma 1:</p> <p>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.</p> <p>b) i medici inclusi nella graduatoria regionale</p>	<p>3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dal precedente comma 1:</p> <p>a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuita' assistenziale nelle aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in aziende di altre regioni, anche diverse, ancorche' 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 nell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attivita' 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 funzionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unita' piu' vicina. In caso di disponibilita' di un solo posto per questo puo' essere esercitato il diritto di trasferimento;</p> <p>b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.</p>

<p>valida per l'anno in corso.</p>	
<p>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.</p>	<p>4. Gli aspiranti, entro 30 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti carenti pubblicati.</p>
<p>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.</p>	
<p>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:</p> <p>a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;</p> <p>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;</p> <p>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 attribuzione dell'incarico.</p>	<p>6. 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:</p> <p>a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;</p> <p>b) attribuzione di punti 10 a coloro che, nell'ambito della azienda nella quale e' 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;</p> <p>c) attribuzione di punti 10 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 attribuzione dell'incarico.</p> <p>Tale punteggio viene assegnato a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore della presente convenzione;</p>
<p>6. Le graduatorie di cui al precedente comma 5 vengono formulate sulla base dei punteggi relativi e apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.</p>	<p>INVARIATO.</p>
<p>7. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR 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</p>	<p>8. La Regione, o altro soggetto da essa incaricato per l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo, provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata</p>

<p>e per una data non antecedente i 20 giorni dalla data di invio della convocazione.</p>	<p>dall'Assessorato regionale alla Sanita', in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione</p>
<p>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.</p>	<p>9. La Regione o altro soggetto incaricato, 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 della presente accordo..</p>
<p>9. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 2, lettera a) è determinata sommando:</p> <p>a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica in qualità di incaricato a tempo indeterminato;</p> <p>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).</p>	<p>10. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 2, lettera a) è determinata sommando:</p> <p>a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica in qualità di incaricato a tempo indeterminato;</p> <p>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).</p>
	<p>11. A parità di anzianità per i medici di cui al comma 3 lett. a) e di quelli di cui al comma 6 del presente articolo prevalgono nell'ordine il voto di laurea, l'anzianità di laurea e infine la minore età.</p>
<p>10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.</p>	<p>11. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.</p>
<p>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.</p>	<p>12. 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</p>
<p>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</p>	<p>13. 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</p>

<p>ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.</p>	<p>termine di inizio dell'attività', da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici Il medico che ha accettato l'incarico deve inoltrare all'azienda interessata una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda aveva in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione, e posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L". La situazione di incompatibilità dovrà comunque cessare all'atto del conferimento definitivo dell'incarico</p>
<p>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.</p>	<p>14. Se il medico incaricato è proveniente da altra Regione, l'Azienda comunica all'Assessorato alla sanità della regione di provenienza e a quella 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.</p>
<p>14. 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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>16. 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</p>
<p>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.</p>	<p>17. Il medico, già titolare di incarico, che concorre all'assegnazione di un incarico vacante, per trasferimento o per graduatoria, in caso di assegnazione, decade dall'incarico di provenienza.</p>
<p>17. La regione può assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti della stessa previsti dal presente articolo.</p>	

ART. – MASSIMALI

<p>1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un minimo di 12 e un massimo di 24 ore settimanali, più un plus orario di 4 ore settimanali, e presso una sola Azienda.</p>	<p>1. L'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale comporta un orario di 24 o di 38 ore settimanali. L'incarico può essere espletato presso una sola azienda. Sono fatti salvi gli incarichi ad orario inferiore conferiti prima dell'entrata in vigore della presente convenzione, fino al completamento dell'orario minimo di 24 ore. Il rifiuto di completare l'orario fino alla concorrenza di 24 ore settimanali nell'ambito di differenti pubblicazioni di incarichi vacanti comporta la decadenza dall'incarico.</p>
<p>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:</p> <p>a) un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 501 o 267 scelte con incarico per 24 ore settimanali;</p> <p>b) un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 650 o 346 scelte con incarico per 12 ore settimanali.</p>	<p>2. L'incarico di 38 ore settimanali comporta l'esclusività del rapporto e non e' conferibile o cessa nei confronti del medico incaricato a tempo indeterminato per la medicina generale o per la pediatria di libera scelta, indipendentemente dal numero di scelte in carico. Quello a 24 ore può essere conferito solo in presenza di un numero di scelte pari o inferiore rispettivamente a 525 o 280</p>
	<p>3. In presenza delle forme sperimentali associative complesse (Utap) l'incarico è conferito per 38 ore.</p>
<p>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.</p>	<p>4. 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.</p>
<p>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</p>	<p>5. Ai fini di cui al precedente comma 3 la Azienda è tenuta a comunicare al medico il raggiungimento del limite di scelte previsto dal comma 2 nel mese in cui tale situazione si</p>

si determina.	determina e gli effetti conseguenti ai sensi dell'art. cessazione dell'incarico
5. Le situazioni di incompatibilità sono quelle stabilite dalle vigenti norme di legge e dall'art.4 del presente accordo.	6. Il medico, già titolare di incarico a 38 ore settimanali può passare ad incarico di 24 ore, previa autorizzazione aziendale, La variazione di orario ha effetto dal mese successivo all'autorizzazione aziendale.
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. Prima di esperire la procedura per il conferimento degli incarichi, gli orari disponibili nell'ambito del servizio di continuità assistenziale sono comunicati ai medici già titolari di incarico a tempo indeterminato inferiore a 24 ore settimanali, ed assegnati secondo l'ordine di anzianità di incarico nella stessa Azienda e, in caso di parità secondo la minore età e 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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.	8. Il medico decade dall'incarico qualora: <ul style="list-style-type: none"> - insorga una situazione di incompatibilità; - lo svolgimento di altre attività compatibili non consenta un incarico minimo di 24 ore settimanali
10. Il disposto di cui al comma	9. Ai fini di quanto disposto dal

<p>8 si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale la Azienda effettua al medico la contestazione di incompatibilità.</p>	<p>comma 6, la Azienda contesta al medico la situazione di incompatibilità entro 30 giorni dalla sua rilevazione.</p>
	<p>10. Il disposto di cui al comma 6 si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale la Azienda effettua al medico la contestazione di incompatibilità'.</p>
	<p>11. Le situazioni di incompatibilità sono quelle stabilite dalle vigenti norme di legge, dall'art. 4 della presente convenzione, e dall'esercizio di altre attività in presenza di incarico di 38 ore.</p>

ART. – LIBERA PROFESSIONE

	<p>1. Fatte salve le disposizioni in materia di incompatibilità, il medico di Continuità assistenziale 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.</p>
<p>2. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.</p>	<p>2. Le modalità e i limiti all'esercizio della libera professione sono indicati all'art. 32 della presente convenzione</p>
	<p>4. Qualora il medico di continuità assistenziale operi organizzativamente nella forma sperimentale operativa complessa (Utap) l'attività di libera professione, nei confronti degli assistiti dei medici inseriti nella medesima organizzazione, può essere espletata, al di fuori dell'orario di servizio, conformemente a quanto nell'art. Libera professione (assistenza primaria)</p>

ART. - COMPITI DEL MEDICO

1. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dalla Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti.	1. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dalla Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti.
2. Il medico è tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente o dalla centrale operativa, prima della fine del turno di lavoro. In particolari situazioni di necessità, ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali.	2. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa il medico effettua tutti gli interventi appropriati. Secondo le indicazioni aziendali, 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.
3. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore.	3 1. Nell'ambito delle attività in Equipe o in UTAP, con Accordi regionali, possono essere sperimentate forme di triage per realizzare risposte di continuità assistenziale maggiormente appropriate.
4. In relazione a particolari esigenze dei medici, specie nel periodo estivo, può essere concordata con l'Azienda la concentrazione in un solo mese dell'orario di attività che i singoli medici dovrebbero svolgere nel corso di due mesi consecutivi; per i medici che svolgono almeno 36 ore di attività settimanale ai sensi dell'art. 50 può consentirsi il recupero mediante la concentrazione nell'arco di tre mesi non consecutivi dell'orario che i medici dovrebbero svolgere nel corso di 3 mesi consecutivi. Tale accorpamento, che non comporta variazione nei pagamenti mensili, può essere consentito, peraltro, solo se vengono garantite le ordinarie esigenze di servizio attraverso reciproche sostituzioni tra i medici titolari di incarico interessati.	4. 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.
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.	5. Per le prestazioni effettuate, 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 "...." Ex M), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.
6. Il medico utilizza, solo a favore degli utenti	6. La copia destinata al servizio deve specificare,

<p>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.</p>	<p>ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero</p>
<p>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.</p>	<p>7. 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.</p>
<p>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.</p>	<p>8. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentano caratteristiche di urgenza.</p>
<p>9. Il medico in servizio di continuità assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al Nomenclatore Tariffario dell'Allegato D, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero.</p>	<p>9. 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 tempia non differibile il ricettario di cui alla Legge ___/2003 e secondo le disposizioni vigenti in materia</p>
<p>10. Le prestazioni di cui al precedente comma 9 sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante.</p>	<p>10. 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.</p>
	<p>11. 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.</p>
	<p>12. Il medico in servizio di continuità assistenziale esegue le prestazioni aggiuntive di cui agli accordi regionali.</p>
<p>11. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>13. Le prestazioni di cui al precedente comma 8 sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante</p>

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	<p>14. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:</p> <p>a) la redazione di certificazioni obbligatorie, quali: constatazione di decesso, certificazione di malattia per i lavoratori turnisti, riammissioni al lavoro per alimentaristi;</p> <p>b) l'adesione alla sperimentazione dell'equipes territoriali, con particolare riferimento alla continuità dell'assistenza nelle strutture protette e nei programmi di assistenza domiciliare;</p> <p>c) 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;</p> <p>d) 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.</p> <p>15. A livello aziendale sono definite le modalità di esercizio dell'attività, concordando anche l'eventuale concentrazione di orario, specie per i mesi estivi</p> <p>16. Con gli accordi regionali e aziendali sono individuate le modalità di partecipazione del medico di continuità assistenziale alle attività previste nelle équipes territoriali e nelle Utap,</p>

ART. - COMPETENZE DELLE AZIENDE

<p>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.</p>	INVARIATO
<p>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.</p>	INVARIATO
<p>3. La Azienda, sentiti i medici interessati, predispone i turni e assegna, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica, le sedi di attività nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra.</p>	INVARIATO
<p>4. L'Azienda provvede altresì:</p> <ul style="list-style-type: none">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.	INVARIATO

ART. - RAPPORTI CON IL MEDICO DI FIDUCIA E LE STRUTTURE SANITARIE

<p>1. Il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (allegato "M"), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.</p>	
<p>2. La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.</p>	
<p>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.</p>	
<p>4. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentano caratteristiche di urgenza.</p>	

ART. 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.	INVARIATO
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.	2.È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto diposto dall'art. Negoziazione regionale
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.	
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 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.	

ART. – ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITÀ

<p>1. L'Azienda organizza turni di reperibilità domiciliare nei seguenti orari:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.	<p>1. L'Azienda organizza turni di reperibilità domiciliare nei seguenti orari:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.
	<p>2.È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto diposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	

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 giustificati 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.	

ART. - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI

<p>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, sempreché l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.</p>	<p>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 della presente convenzione, 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 previsti dalla presente convenzione .</p>
<p>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.</p>	<p>2. Il contratto e' stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali: a) euro...1 milione..... per morte od invalidita' permanente; b) euro...60..... giornaliere per invalidita' temporanea assoluta con un massimo di 300 giorni l'anno.</p>
<p>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.</p>	<p>3. La relativa polizza e' stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione della presente convenzione</p>
	<p>4.È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto diposto dall'art. Negoziazione regionale</p>

ART. - 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.	VA AL REGIONALE
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.	

ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

RECUPERO DELL'ALLEGATO N

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART.- GENERALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE

<p>1. Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, l'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente e 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 17.5.96.</p>	<p>1. Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, qualora la Regione intenda avvalersi di personale medico convenzionato, attiva una graduatoria per l'area , avvalendosi a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente accordo delle procedure di cui al presente capo.</p> <p>2. Con Accordi regionali è definita la disciplina dei rapporti con i medici titolari di incarico dei servizi dell'emergenza sanitaria territoriale, fatto salvo il trattamento economico di cui all'art....</p>
--	--

ART. – INDIVIDUAZIONE E ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>2. Individuata la vacanza di incarico, la Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.</p>	<p>2. Individuata la vacanza di incarico, la Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dai precedenti commi:</p> <p>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</p>	<p>4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici i medici in possesso 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. 292/87, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 o dall'art. 66 del DPR 484/96 (da verificare la normativa). A tal fine le regioni organizzano almeno una volta all'anno i corsi specifici definendo i criteri di accesso e le modalità di realizzazione.</p>

<p>sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;</p> <p>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:</p> <p>b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;</p> <p>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;</p> <p>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.</p>	
	<p>5. A parità di punteggio per i medici di cui al comma 4 lett. a) prevalgono nell'ordine la minore età, l'anzianità di laurea, il voto di laurea</p>
<p>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. 292/87, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 o dall'art. 66 del DPR 484/96 e dall'art. 66 del presente accordo.</p>	<p>Abrogato NO</p>
<p>6. Gli aspiranti, entro 15 giorni</p>	<p>NO</p>

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 attribuzione dell'incarico 	
<p>9. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei</p>	<p>NO</p>

<p>concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.</p>	
<p>10. L'Azienda provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR 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.</p>	
<p>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 e lettere b1) e b2) secondo l'anzianità di servizio e lettera b3), in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 8.</p>	
<p>12. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 4, lettera a) è determinata sommando:</p> <p>a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale;</p> <p>b) l'anzianità di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, ancorché già computato nell'anzianità di cui alla lettera a).</p> <p>I periodi di assenza per gravidanza, puerperio, malattia o infortunio sono considerati servizio effettivo ai sensi del presente comma.</p>	<p>NO</p>
<p>13. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.</p>	<p>NO</p>
<p>14. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello</p>	<p>NO</p>

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	<p>NO</p>
<p>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.</p>	<p>NO</p>
<p>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.</p>	<p>NO</p>
<p>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.</p>	<p>NO</p>
	<p>6 È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti, modalità di applicazione ed ambiti di validità, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>

ART. – MASSIMALE ORARIO

<p>1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda, e comportano l'esclusività del rapporto.</p>	<p>1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda, e comportano l'esclusività del rapporto</p>
<p>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 a obiettive difficoltà di organizzazione del Servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell'emergenza sanitaria territoriale.</p>	<p>2. L'Aziende può conferire incarichi provvisori attingendo dalla graduatoria di area</p>
<p>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.</p>	<p>3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti, modalità di applicazione ed ambiti di validità, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>6. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale devono essere disposti sulla base del</p>	

principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi.	

ART. – CAMPO DI APPLICAZIONE E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'.

1. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro

3. Al fine di rendere i medici del sistema di emergenza parte integrante delle strutture territoriali ed ospedaliere e facilitare il loro aggiornamento professionale, il sanitario operante nel sistema di emergenza 118 può essere impiegato nelle sottoelencate sedi di lavoro:

- a. ATTIVITA' NELLA CENTRALE OPERATIVA.**
- b. ATTIVITA' NELLE POSTAZIONI (FISSE O MOBILI).**
- c. ATTIVITA' NEI PS DEI DEA DI 1 E 2 LIVELLO, E NEI PS PERIFERICI**

5. Il Medico incaricato svolge la propria attività nel contesto di un sistema di emergenza, organizzato secondo recepimento della normativa Nazionale in vigore in materia di emergenza sanitaria.

Le Regioni definiscono i canali informativi, le procedure e le modalità dell'aggiornamento continuo del Medico dell'emergenza, in materia di protocolli ed indirizzi Nazionali e Regionali del Sistema di Emergenza.

ART. – COMPITI DEL MEDICO – LIBERA PROFESSIONE

<p>1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti retribuiti con la quota fissa oraria:</p> <ul style="list-style-type: none">a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze;c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.	<p>1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei compiti e della libera professione dei medici di cui al presente capo contenuti, in coerenza con quanto previsto dall'art... Libera professione e compito assistenza primaria</p>
<p>2. I medici di cui al comma precedente possono inoltre, sulla base di appositi accordi regionali ed aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none">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.	
<p>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.</p>	
<p>4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale in possesso del titolo di animatore di formazione possono essere attribuiti anche compiti di formazione e aggiornamento del personale medico del servizio.</p>	
<p>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</p>	

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.	

ART. - IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>2. Le Regioni formulano, con i criteri di cui all'art. 8, comma 1 e tenendo conto delle linee guida previste dall'Allegato P 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.</p>	<p>2. Le Regioni formulano il programma di un apposito corso di formazione da svolgersi da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico.</p>
<p>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.</p>	
<p>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 assistenziale residenti in Aziende limitrofe, secondo l'anzianità di incarico.</p>	
<p>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</p>	

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	

ART. – SOSTITUZIONI, INCARICHI PROVVISORI – REPERIBILITÀ

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti, modalità di applicazione ed ambiti di validità, secondo quanto disposto dall'art. Negoziazione regionale</p>
<p>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.</p>	

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>7. Considerate le peculiarità del servizio di Emergenza Territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste 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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>9. Ulteriori reperibilità possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell'ambito del Servizio.</p>	
<p>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</p>	

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.	

Parte terza

Norme demandate alla trattativa regionale

Allegato A: Norme demandate alla trattativa regionale

Art. 7 - Comunicazioni del medico all'Azienda.

1. Il medico di medicina generale e' tenuto a comunicare sollecitadamente 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 nonche' l'insorgere di situazioni di incompatibilita' previste dall'art. 4 al fine di regolarizzare la propria posizione individuale.
2. In ogni caso la Azienda competente puo' 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 incompatibilita', le limitazioni del massimale e gli aspetti economici (v. allegato "L"). Il medico nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non e' tenuto a inviare la richiesta dichiarazione, salvo quella richiesta per la prima volta dopo la pubblicazione dell'accordo nazionale.
3. Salve modalita' diverse concordate a livello regionale, in caso di astensione dall'attivita' assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, il medico convenzionato e' 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 e' 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'attivita' 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.

Art. 11 - Comitato aziendale

1. In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione previo parere favorevole delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, e' 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.
2. Il comitato aziendale espone pareri obbligatori:
 - a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 25;
 - b) motivi di incompatibilita' 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 ambiti di scelta;
 - f) individuazione delle zone disagiate;
 - e) ogni altro parere previsto dal presente Accordo e dagli Accordi regionali ed aziendali.
3. Inoltre il comitato aziendale e' preposto alle definizioni 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 continuita' assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi e attivita' programmate territoriali.
5. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario allo svolgimento dei compiti assegnati al comitato aziendale.

Art. 12 - Comitato regionale al regionale

1. In ciascuna regione e' 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 sanita', o suo delegato, provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni 3 mesi, anche su richiesta di una delle parti.
2. Il comitato permanente e' 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 qualita'.
3. L'attivita' del comitato permanente e' comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'accordo nazionale e degli accordi regionali ed e' 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.

Art. 14 Programmazione e monitoraggio delle attività

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 7, del decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il conseguimento 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 del decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3-quinquies e dal Piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R del 23/7/98 - 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, strumentale 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 e' 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, e' 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 e 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.

Art. 15 - Equipages 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-quinques del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato, le Regioni stesse e le Aziende possono prevedere in via sperimentale la istituzione di equipages territoriali, finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attivita' 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 dell'equipe territoriale, intesa come organismo operativo distrettuale, viene indicata dal Direttore del distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operativita' della stessa per lo svolgimento delle attivita' e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attivita' distrettuali", che comprende oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali ed aziendali.

3. L'equipe territoriale e':

- 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'intersectorialita' e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della equipe territoriale fanno parte le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinques del decreto legislativo gia' citato:

- a) l'assistenza primaria;
- b) la continuita' 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 equipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento nelle attivita' 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 del disabili ed anziani;
- d) patologie in fase terminale;
- e) patologie da HIV;
- f) tutela della salute mentale;
- g) inabilita' o disabilita' conseguenti a patologie cronico-degenerative.

6. L'attivita' interdisciplinare ed integrata dell'equipe 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 attivita' 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 e sui risultati conseguiti.

Art. 15 bis Appropriatelyzza 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'appropriatelyzza 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 qualita' e di medicina basata sulle essenze scientifiche;

c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatelyzza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia e' 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 sanita' nonche' 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'appropriatelyzza prescrittiva nell'ambito delle attivita' 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 irregolarita' 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 alla richiesta di essere ascoltato:

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

6. La prescrizione farmaceutica e' 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 necessita' attuale al momento della prescrizione con pericolo di danno grave alla vita o all'integrita' della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;

c) sia stata determinata dalla novita' del farmaco prescritto e/o dalla novita' 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.

Art. 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 1o marzo e del 1o 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 puo' 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 protrae 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 gia' iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della regione ne che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli gia' inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra regione, ancorche' 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 attivita' a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attivita' di continuita' 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 unita' piu' vicina. In caso di disponibilita' di un solo posto per questo puo' 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 piu' degli ambiti territoriali carenti pubblicati, in conformita' allo schema di cui agli Allegati Q o Q/3.

6. In allegato alla gia' domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestane 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 incompatibilita' secondo lo schema allegato sub lettera "L".

7. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i medici di cui alla lettera b) del precedente comma 4 sono graduati nell'ordine risultate 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'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;

c) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

8. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti vengono formulate sulla base dell'anzianita' e dei punteggi relativi ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente lo o gli ambiti 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 della sanita', 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 puo' dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorita' per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali egli ha concorso. In tal caso gli sara' attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avra' 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 anzianita' 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'anzianita' di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 4 lettera a) , e' determinata sommando:
- a) l'anzianita' complessiva di iscrizione negli elenchi della assistenza primaria della Regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;
 - b) l'anzianita' di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorche' gia' compresa nell'anzianita' 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, puo' adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.
16. E' cancellato dalla graduatoria, 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 ambito territoriale carente avvalendosi della facolta' di cui al comma 4 lettera a) accetta l'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito temporale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.
18. La Regione puo' individuare e assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.

Art. 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 di 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 assegnatagli, se risiede in un 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 documentare la 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 sedi 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 dei medici negli ambiti territoriali carenti, con particolare riguardo a quelli disagiati, la Azienda puo', su richiesta del medico, consentire la utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile.

L'ammontare e le modalita' 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 puo' 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 contiguita', 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 e' fatto divieto di esercitare le attivita' convenzionate e ai sensi del presente accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli e 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, e' consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualita' di tale assistenza, l'apertura di piu' studi per l'esercizio dell'attivita' convenzionata di assistenza primaria nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui elenco il medico e' iscritto.

Art. – Sostituzioni ex art. 23

1. Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilita' 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 piu' di tre giorni consecutivi. Il sostituto deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilita' 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 responsabilita' professionali inerenti tutte le attivita' previste dal presente Accordo.
3. Le Aziende per i primi 30 giorni di sospensione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 4; dal 31o 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 dalla 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 prontamente 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 e' 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 puo' esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.
9. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilita' 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 modalita' 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 puo' essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione per tutta la durata della stessa.
12. L'attivita' 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.

Art. 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, puo' 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 alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento e non puo' comunque essere rinnovato allo stesso medico prima che siano trascorsi 30 giorni della 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 anzianita' 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 unita'. 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 e' tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso, ed usualmente utilizzate, nell'ambito territoriale relativo.
5. Qualora in un ambito territoriale si determino le condizioni previste al precedente comma 1, la Azienda e' tenuta ad informare entro 20 giorni dall'evento, i cittadini interessati dalla carenza di assistenza della necessita' 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.

Art.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 fornite 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 e' 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.

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

1. Il medico e' 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.

Art. 29 Assistenza domiciliare programmata ex art. 39

1. L'assistenza domiciliare programmata, erogata anche secondo indirizzi e modalita' operative definite 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 collettivita' (ADR).

2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1, lettere a) e b), e' disciplinata dai protocolli allegati sotto le lettere G) e H); l'istituto di cui alla lettera c) e' 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).

Art. 40- Forme associative dell'assistenza primaria

1. Il presente articolo disciplina le attivita' dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni.

2. Al fine di:

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonche' lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;
- b) garantire un piu' 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 continuita' dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalita' di integrazione professionale tra i medici;
- d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attivita' dei medici di medicina generale con i servizi e le attivita' del Distretto in coerenza con il programma delle attivita' distrettuali e quale parte integrante delle equipes territoriali di cui all'art. 15, se costituite;
- e) realizzare forme di maggiore fruibilita' e accessibilita', da parte dei cittadini, dei servizi e delle attivita' dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attivita' concordate;
- f) perseguire maggiori e piu' qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attivita' professionale;
- g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a piu' 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 modalita' indicate ai successivi commi.

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

- a) forme associative, che costituiscono modalita' organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di piu' professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialita' assistenziali di ciascuno di essi;
- b) forme associative, quali societa' 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 piu' Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalita' operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette societa' di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

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

- a) la forma associativa e 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, e' 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 modalita' organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- c) della forma associativa possono far parte:

- medici che svolgono l'attivita' 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'articolo 19 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);

- medici di continuita' assistenziali;

- medici pediatri di libera scelta;

d) La sede rappresentativa della forma associativa e' unica ed e' indicata dai suoi componenti;

e) la forma associativa e' 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 gia' 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 modalita' e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo;

f) ciascun medico puo' 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 attivita' 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 modalita' 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 attivita' previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulant, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza puo' essere limitata a quattro giorni la settimana;

j) fermi restando che per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 22, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilita' 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 accessibilita' degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 22, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 33 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuita' assistenziale dal 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 disponibilita' 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 attivita' di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuita' di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o piu' medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalita' previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;

l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze di cui e' titolare;

m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario di tale 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 decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni ed 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 piu' alta prevalenza;

e) la realizzazione di momenti di revisione della qualita' delle attivita' e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obbiettivi 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, in uno o piu' studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attivita' concordate;

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

c) collegamento reciproco degli studi dei medici con i 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, nonche' per la realizzazione dei momenti di revisione della qualita' e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obbiettivi dichiarati dalla associazione;

e) chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione 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 e' elevato di 4 unita', 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 precedente comma 4, la medicina di gruppo si caratterizza per:

a) sede unica del gruppo articolata in piu' studi medici, ferma restando la possibilita' 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 meta' dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilita' di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati. Il numero degli studi di cui sopra viene arrotondato all'unita' superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;

c) utilizzo, per l'attivita' 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, 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 dei 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 forma associativa;

h) numero dei medici 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 territoriale 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 i 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 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 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. 484/96.

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 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.

Art. 43- Visite occasionali

1. I medici di assistenza primaria, iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno primariamente scelti.
2. I medici, tuttavia fatto salvo quanto previsto per la continuita' assistenziale e per l'assistenza nelle localita' 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 omnicomprensive:
 - 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 dell'Azienda.
6. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, il medico e' tenuto a utilizzare il modello prescrizione-proposta indicando la residenza dell'assistito.

art. 55 Sostituzioni e incarichi provvisori

1. Il medico che non puo' 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 priorit  per i medici residenti nel territorio della Azienda.

3. L'incarico di sostituzione non puo' essere superiore a tre mesi.

Un ulteriore incarico puo' essere conferito presso la stessa o altra Azienda solo dopo una interruzione di almeno 10 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.

4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 49, l'Azienda puo' 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 reperibilit  oraria e utilizza i medici in reperibilit .

6. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio della Azienda la impossibilit  di assicurare l'attivit , qualora non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il medico in reperibilit  oraria perche' 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 puo' 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 modalit  di cui ai commi 2 e 3.

Art. 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, l'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 disporre i turni di reperibilità domiciliare. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascuno 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 dichiarino 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 indicato, viene escluso dai turni, con effetto immediato, salvo che il mancato reperimento sia dovuto a gravi e giustificati 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 e' 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.

Art. 59 Assistenza ai turisti

1. Sulla base di apposite determinazioni a livello regionale, le Aziende nel cui territorio si trovano localita' 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 gia' titolari di altro incarico o rapporto convenzionale.
3. Il trattamento economico e' definito sulla base di intese regionali con sindacati firmatari maggiormente rappresentativi.

CAPO IV

LE ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

Art. 60- Attivita' programmate

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

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 continuit  assistenziale con 12 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 48, secondo l'anzianita' d'incarico;

c - medici convenzionati per la continuit  assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 48, secondo l'anzianita' di incarico;

d - medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorit  per il medico con minore numero di ore di incarico;

e - medici inseriti nella graduatoria regionale di cui art. 12.

2. Non e' utilizzabile il medico che esercita piu' di una delle attivita' disciplinate dal presente accordo o che svolga altre attivita' presso soggetti pubblici o privati.

3. L'attivita' non puo' superare le 12 ore settimanali.

4. L'Azienda interpella il medico secondo l'ordine di priorit  indicato al comma 1, indicando il tipo e la data di inizio della attivita', l'ubicazione della sede o delle sedi, l'orario di lavoro e la durata dell'attivita', 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 e' invitato contestualmente a presentarsi entro 5 giorni per l'accettazione. La mancata presentazione entro il termine stabilito e' considerata come rinuncia. L'assegnazione dell'attivita' deve risultare da provvedimento del Direttore generale.

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

Art. 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.

Art. 63- Individuazione e attribuzione degli incarichi

1. L'Azienda procede alla data del 1o marzo e del 1o 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 elenchi 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.292/87, del D.P.R. n. 41/91 o dall'art. 66 del D.P.R. n. 484/96 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 dell'atto notorio attestante se alla 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 e' 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 attribuzione 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 AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede dell'Assessorato regionale alla sanita', 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 anzianita' di servizio: laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 4, lettera b1) e b2) secondo l'anzianita' di servizio, e b3) in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 8.

12. L'anzianita' di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 4, lettera a) e' determinato sommando:

- a) l'anzianita' totale di servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale;
- b) l'anzianita' di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, ancorche' gia' computato nell'anzianita' 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 puo' dichiarare la propria accettazione mediante telegramma indicando nello stesso l'ordine di priorita' per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sara' attribuito il primo incarico disponibile, a cui il medico ha titolo in base alle priorita', 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'attivita', 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, puo' adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

17. E' 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.

Art. 64 - Massimale orario

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda e comportano l'esclusivita' del rapporto.

2. L'Azienda, eccezionalmente e per un massimo di mesi otto non rinnovabili, puo' 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 attivita' compatibili comporta la riduzione di queste in misura corrispondente all'eccedenza. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in reazione ad obiettive difficolta' 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 attivita' orarie compatibili non puo' superare le 38 ore settimanali.

4. L'attivita' continuativa di servizio non puo' superare le 12 ore.

Un ulteriore turno di servizio non puo' essere iniziato prima che siano trascorse 12 ore dalla fine del turno precedente.

5. Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell'attivita', qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attivita' continuativa puo' 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 equita' distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi.

Art. 65 - Compiti del medico - Libera professione.

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

- a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigentenormativa;
- b) attivita' assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenza;
- c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;
- d) attivita' 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 attivita' 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 attivita' presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;
- c) svolgere nelle centrali operative attivita' 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 animatore 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 di turno di servizio e' 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 e' retribuita secondo quanto disposto dall'art. 68.

9. Il medico incaricato per le attivita' di emergenza sanitaria territoriale puo' 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 attivita' libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in tal senso.

Art. 66 - Idoneita' all'esercizio dell'attivita' di emergenza

1. Al fine di esercitare le attivita' indicate dall'articolo precedente i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneita' all'esercizio dell'attivita' 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 reperibilita') dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro il 31 dicembre uno o piu' corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicita' sul Bollettino ufficiale regionale.
4. Ai corsi partecipano, i medici gia' incaricati nei servizi di continuita' assistenziale residenti nella stessa Azienda secondo l'anzianita' di incarico; in carenza di medici disponibili possono partecipare ai corsi i medici incaricati di continuita' assistenziale residenti in Aziende limitrofe, secondo l'anzianita' di incarico.
5. In caso di mancanza di medici disponibili alla frequenza del corso di idoneita' alle attivita' di sanitaria territoriale tra quelli aventi diritto ai sensi del comma 4, la Azienda puo' ammettere al corso un numero di medici incaricati di continuita' assistenziale in ambito regionale pari ai relativi posti vacanti e secondo l'anzianita' di incarico.
6. Qualora, dopo aver individuato gli aventi titolo ai sensi dei commi precedenti, sussista una ulteriore disponibilita' di posti, questi vengono assegnati secondo l'ordine della graduatoria regionale.
7. Il corso si conclude con un giudizio di idoneita', o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneita' allo svolgimento di attivita' di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende unite sanitarie locali.

Art 67. - Sostituzioni, incarichi provvisori - Reperibilita'

1. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio della Azienda la impossibilita' di assicurare l'attivita' durante il turno previsto, qualora egli non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il responsabile della centrale operativa, affinche', 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 Aziende con incarico provvisorio.
3. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, l'Azienda puo' conferire incarichi provvisori, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 5. L'incarico provvisorio non puo' essere superiore a otto mesi. Un ulteriore incarico puo' 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 imponenti 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 dell'Azienda ai sensi dei precedenti commi 3 e 4, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella vigente graduatoria in possesso dell'attestato di cui 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 modalita' di cui al precedente comma 5.
7. Considerate le peculiarita' del servizio di emergenza territoriale, le professionalita' necessarie e la responsabilita' intrinseca al servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, in ogni centrale operativa, almeno un medico del servizio di emergenza e', a rotazione, tenuto in reperibilita' domiciliare per turni di 12 ore.
8. L'Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, turni di reperibilita' domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. I turni mensili di reperibilita' eccedenti il numero di 4 vengono retribuiti mediante accordi regionali.
9. Ulteriori reperibilita' possono essere attivate in relazione a specifiche necessita' determinatesi nell'ambito del servizio.
10. Il numero dei medici in reperibilita', utilizzati per ciascun turno, non puo' essere inferiore al rapporto di 1 reperibile per 6 medici in guardia attiva nel turno corrispondente. Sono fatti salvi eventuali differenti accordi regionali gia' in essere all'atto della pubblicazione del presente Accordo.
1. 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 puo' essere reperito ed i turni ad essi assegnati.

CAPO VI
GLI ACCORDI REGIONALI

Art. 69 - Ambiti convenzionali di livello regionale

1. Gli Accordi regionali di cui all'art. 8 del decreto legislativo n.502/92 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 rispetto 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 delle 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.

Art. 70- Prestazioni e attivita' 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'eta' anziana, con la formulazione del piano assistenziale, compresa la parte riabilitativa e la compilazione di una scheda relativa dei bisogni degli anziani a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e delle collettivita';
- 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 attivita' 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 priorita' in merito a:

- a - iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute (attivita' 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 - attivita' 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 attivita':

- a - partecipazione a procedure di verifica della qualita' che, oltre a promuovere la qualita' 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, cosi' da determinare la eliminazione o la correzione di difetti nella erogazione delle prestazioni;
- b - svolgimento di attivita' 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 qualita' 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 ai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256 e 17/8/99 n. 368.

Art. 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 sperimentabili negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrare 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, puo' 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 attivita' professionali complesse, sulla base di appositi standard definiti a livello nazionale o regionale;
 - c) differenti mobilita' di erogazione dei compensi;
 - d) la dislocazione delle sedi e il collegamento tra queste.
4. La sperimentazione delle forme associative e' finalizzata anche ad utilizzare l'attivita' 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 puo' partecipare allo svolgimento delle attivita' e compiti previsti dagli accordi regionali di cui agli art. 70 e 72.

Art. 72- Programmi di attivita' e livelli di spesa programmati

1. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.L.vo n. 502/92 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 attivita', 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 attivita' mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.
4. Il rispetto dei livelli di spesa programmati e' correlato, secondo il disposto del D.L.vo 502/92 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 microattivita' cliniche o gestionali distrettuali;
 - b) secondo grado, quando il progetto interessi macroattivita' cliniche o gestionali distrettuali;
 - c) terzo grado, quando il progetto interessi aree di attivita' 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 disponibilita' 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 indotte 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 qualita', 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 (disponibilita' di beni e servizi, finanziamento delle attivita' distrettuali, premi parziali per i medici, ecc.) e la loro eventuale articolazione all'interno del progetto.

Art. . 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 e' attivata 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'ambito 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, riesaminano 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 puo' essere espressamente prevista, per altre attivita', l'adesione volontaria ad iniziative specifiche contenute negli accordi.
7. Gli Accordi regionali possono prevedere, in relazione alle specificita' del loro contenuto:
 - il possesso di particolari requisiti da parte del medico convenzionato per la partecipazione alle attivita' 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 i dirigenti delle attivita' distrettuali e i medici convenzionati in relazione al tipo di attivita';
 - b) la regolamentazione dei rapporti tra gli operatori coinvolti.

Art. 74– Compensi

1. Gli Accordi regionali disciplinano le modalita' di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti in rapporto al tipo di attivita' 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 schede 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 qualita');
- f) rimborso spese (es.: attivazione sistema informativo integrato).

2 Nelle forme integrate di erogazione dell'attivita' professionale puo' 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.

Art. 75 - La contrattazione aziendale

1. Gli Accordi regionali di cui al presente Capo disciplino 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 materia 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.