



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

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

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

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG

SNAMI

SMI

INTESA SINDACALE

CISL MEDICI – FP CGIL MEDICI – SIMET – SUMAI

Vista la Legge 23 dicembre 1978 n. 833;

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

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

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

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

Vista la Legge 8 novembre 2012 n.189;

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

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

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

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

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

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

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

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

INDICE PROPOSTA

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE, DISPOSIZIONI SOVRASETTORIALI

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

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

ART. 3 – PROCEDIMENTO DISCIPLINARE E SANZIONI PER INADEMPIENZE CONTRATTUALI

ART. 4 – INCOMPATIBILITÀ

ART. 5 – LIBERA PROFESSIONE.

ART. 6 – FLUSSI E STRUMENTI INFORMATIVI.

ART. 7 – FORMAZIONE CONTINUA (ECM).

CAPO II – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

ART. 8 – RAPPRESENTANZA SINDACALE.

ART. 9 – RAPPRESENTATIVITÀ.

ART. 10 – TUTELA SINDACALE.

ART. 11 – REGOLAMENTAZIONE DELL'ASTENSIONE COLLETTIVA

CAPO III – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE, UNIFORME APPLICAZIONE E COMITATI PARITETICI

ART. 12 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE E UNIFORME APPLICAZIONE.

ART. 13 – COMITATO NAZIONALE.

ART. 14 – COMITATO REGIONALE.

ART. 15 – COMITATO AZIENDALE.

TITOLO II– RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

CAPO I – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ART. 16 – DEFINIZIONE DI RUOLO UNICO

ART. 17 – RAPPORTO OTTIMALE E FABBISOGNO ORARIO

ART. 18 – GRADUATORIA REGIONALE E AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

ART. 19 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI

ART. 20 – INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE

- ART. 21 – ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI MEDICI CHE POSSONO ACQUISIRE DI SCELTE DA PARTE DEGLI ASSISTIBILI
ART. 22 – INCARICHI PROVVISORI
ART. 23 - SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'
ART. 23 - SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI
ART. 24 – MATERNITA'

CAPO II – ORGANIZZAZIONE E ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE

- ART. 26 – PIANO TRIENNALE DI ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE
ART. 27 – L'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE
ART. 28 – COMPITI DELL'AFT
ART. 29 – IL COORDINATORE DI AFT
ART. 30 – REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI
ART. 31 – COMPITI INDIVIDUALI DEL MEDICO
ART. 32 - VISITE OCCASIONALI
ART. 33 – MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI.
ART. 34 – SCELTA DEL MEDICO
ART. 35 – REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA.
ART. 36 – REVOCHE D'UFFICIO DELLE SCELTE.
ART. 37 – EFFETTI ECONOMICI DI SCELTA, REVOCA E RICUSAZIONE.
ART. 38 – ATTIVITÀ PRESCRITTIVA.
ART. 39 – TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.
ART. 40 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSISTENZIALI.

TITOLO III – UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE

- ART. 41 – DEFINIZIONE DI UNITA' COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (UCCP)
ART. 42 – IL COORDINATORE DI UCCP.

TITOLO IV – ALTRI SETTORI DI ASSISTENZA MEDICA TERRITORIALE

CAPO I – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

- ART. 43 – CAMPO DI APPLICAZIONE ED ATTIVITÀ.
ART. 44 - ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI.
ART. 45 – MASSIMALE ORARIO.
ART. 46 – COMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.
ART. 47 – IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA.
ART. 48 – SOSTITUZIONI, INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E PROVVISORI – REPERIBILITÀ.

ART. 49 – TRATTAMENTO ECONOMICO – RIPOSO ANNUALE.

ART. 50 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO.

CAPO II – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

ART. 50 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

ART. 51 - FIGURE MEDICHE E RISPETTIVI COMPITI

ART. 52 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI.

ART. 53 – MASSIMALE ORARIO E SUE LIMITAZIONI

ART. 54- COMPITI E DOVERI GENERALI DEL MEDICO

ART. 55 – TRASFERIMENTI

ART. 56 – SOSTITUZIONI

ART. 58 – ASSENZE NON RETRIBUITE

ART. 59– ASSENZE RETRIBUITE, MALATTIA, INFORTUNI E TUTELA MEDICO LEGALE

ART. 60 – TRATTAMENTO ECONOMICO

ART. 61 - CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONI

CAPO III – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 62 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

ART. 63 – MASSIMALE ORARIO, VARIAZIONI E LIMITAZIONI. .

ART. 64 – COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI. .

ART. 65 – TRASFERIMENTI – DISPONIBILITÀ.

ART. 66 – SOSTITUZIONI.

ART. 67 – PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO.

ART. 68 – ASSENZE PER MALATTIA E GRAVIDANZA.

ART. 69 – ASSENZE NON RETRIBUITE.

ART. 70 – TRATTAMENTO ECONOMICO – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI.

ART. 71 – RIMBORSO SPESE DI ACCESSO.

ART. 72 – PREMIO DI COLLABORAZIONE.

ART. 73 – PREMIO DI OPEROSITÀ.

ART. 74 – ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL'INCARICO.

NORME TRANSITORIE

DICHIARAZIONI A VERBALE

ALLEGATI

ALLEGATO A - MODULISTICA VARIA (QUELLA PUBBLICATA SU SITO SISAC, DA ADATTARE)

ALLEGATO B - TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE

ALLEGATO C - PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEI RAPPORTI OTTIMALI E DEL FABBISOGNO SETTIMANALE DI ATTIVITA' ORARIA

ALLEGATO D - LINEE GUIDA PER LA PRIMA COSTITUZIONE DELLE AFT

ALLEGATO E - REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

ALLEGATO F - CODICE ETICO della AFT

ALLEGATO G - SANZIONI DISCIPLINARI.

ALLEGATO H – ACCORDO PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO DEI MEDICI CONVENZIONATI CON IL SSN AI SENSI DEL PRESENTE ACCORDO ALLEGATO I - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.

ALLEGATO L - ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.

ALLEGATO M - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

ALLEGATO N - DEFINIZIONE ASSISTENZA PROATTIVA o DI INIZIATIVA

ALLEGATO O - REGOLAMENTO ELETTORALE ELEZIONE DEI COMPONENTI ELETTIVI DELLA MEDICINA GENERALE DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

ALLEGATO P - REGOLAMENTO ELETTORALE COORDINATORE AFT E COORDINATOREE DI PROGETTO ASSISTENZIALE

ALLEGATO Q - MODALITÀ DI CALCOLO DELLA TRATTENUTA MEDIA VALIDA AI FINI DELLA RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE

ALLEGATO R - LINEE GUIDA PER I CORSI DI IDONEITÀ ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

ALLEGATO S - CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA PER INCARICHI NEI PSTIIPP

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE, DISPOSIZIONI SOVRASETTORIALI

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. Il presente rinnovo contrattuale scaturisce dalla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la Legge 8 novembre 2012 n. 189. Di particolare rilievo ai presenti fini risultano le disposizioni contenute nell'articolo 1 con riferimento ai compiti assegnati alle Regioni (istituzione AFT e UCCP, adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale).
3. Le parti definiscono il presente Accordo Collettivo Nazionale quale fonte di diritto inderogabile derivante dall'art.8 del D.Lgs n. 502 del 1992 e s.m.i che opera nel quadro costituzionale vigente
4. Nell'ottica di condividere il percorso sistematico delle innovazioni normative apportate dal Legislatore, il presente Accordo si e raccorda con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, che modifica il D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 che riguardano esplicitamente i medici convenzionati.
5. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale fa riferimento anche agli indirizzi del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014), con riferimento in particolare all'articolo 5 dove tra l'altro si precisa che la natura del collegamento tra AFT e UCCP dev'essere di tipo funzionale e che la UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto.
6. I medici convenzionati individualmente a norma del presente accordo e le Amministrazioni interessate osservano le norme pattuite, ovvero quelle esclusivamente definite con le OO.SS., comprese quelle di livello collettivo regionale ed aziendale, che si sommano, senza contraddirlo, al presente Accordo pena le responsabilità quali definite all'art. 3
7. L'A.C.N. regola le procedure di assistenza all'uniforme applicazione degli Accordi Nazionale, Regionali e Aziendali, compresi i casi di difficoltà interpretative legati a norme sopravvenienti e le procedure di verifica, controllo e sanzione per la mancata applicazione delle norme pattuite sia per inadempimenti imputabili ai medici che per inadempimenti imputabili alle Amministrazioni.

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

1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale regola sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo, l'esercizio delle attività professionali ~~tra i medici di medicina generale e le Aziende Sanitarie~~, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività ~~tra le Aziende Sanitarie e i medici dei~~ relativi ai settori ~~di~~:
 - a) Medicina generale **a ruolo unico**
 - b) Emergenza sanitaria territoriale;
 - c) Assistenza negli istituti penitenziari;
 - d) Medicina dei servizi territoriali;
2. A far data dall'entrata in vigore del presente Accordo i settori dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale di cui all'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. confluiscono nel settore di Medicina generale di cui al comma 1, lettera a).
3. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il medico di medicina generale opera, in considerazione della personale e irrinunciabile responsabilità medica, come professionista autonomo ai fini dello svolgimento di attività di assistenza nell'ambito dell'organizzazione del SSN e per il perseguimento delle finalità dello stesso SSN.
4. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, ha validità per gli anni 2017-2019 e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

Art. 3 – PROCEDIMENTO DISCIPLINARE E SANZIONI PER INADEMPIENZE CONTRATTUALI

1. Le parti contrattuali, Regioni ed Aziende sanitarie da una parte e medico convenzionato dall'altra, sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente accordo e dagli accordi regionali e aziendali.
2. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico convenzionato le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze di altri operatori dell'Azienda.
3. Il giudizio in ordine alle violazioni delle norme di cui al presente Accordo e degli Accordi regionali ed Aziendali di entrambe le parti contrattuali è reso dalla istituita Commissione Regionale paritetica permanente, denominata Commissione Valutatrice composta da:
 - a) Tre componenti di parte pubblica e tre supplenti, nominati dall'Assessore Regionale alla Sanità o dall'organo competente da questi designato;
 - b) tre componenti di parte medica, e tre supplenti, designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale firmatarie l'ACN;
 - c) il Vice presidente designato dagli Ordini dei Medici della Regione;
 - d) il Presidente, nominato dall'Assessore Regionale alla Sanità, individuato unanimemente dai componenti di parte medica tra una rosa di tre rappresentanti indicati dal Consiglio dell'Ordine degli avvocati del capoluogo di Regione; in carenza di unanimità, l'individuazione all'interno della medesima rosa spetta all'Assessore Regionale alla Sanità.
4. Le funzioni di segretario - estraneo alla Commissione - sono svolte da un funzionario regionale.
5. La Commissione è nominata con provvedimento regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo.
6. La Regione provvede a raccogliere le designazioni delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale firmatarie del presente Accordo, entro un termine da essa stabilito. Trascorso tale termine, ed in caso di mancata designazione unitaria da parte delle Organizzazioni sindacali, la Regione provvede direttamente a nominare i componenti anche di parte sindacale secondo il criterio della proporzionalità rispetto alla maggiore rappresentatività, scegliendoli comunque tra i designati.
7. In caso di mancata formulazione di nominativi per i componenti di parte sindacale, la Regione provvede autonomamente con nomina tra i medici convenzionati della Regione.
8. Nel caso di decadenza di uno o più membri della Commissione per qualsiasi motivo, ivi compreso per la parte medica il venir meno della qualifica di rappresentante del sindacato designante, si provvederà alla sostituzione rispettando, per la parte medica, un pari criterio rappresentativo.
9. Le violazioni degli obblighi e dei compiti previsti dal presente accordo e dagli accordi regionali e aziendali giudicate lievi per le quali - in via esemplificativa e non esaustiva dei possibili casi concreti verificabili - sia documentatamente emersa a seguito di istruttoria: a) la natura occasionale o l'errore applicativo dovuto al travisamento di disposizioni di nuova applicazione, b) il mancato coinvolgimento consultivo dell'altra parte contrattuale in caso di dubbi interpretativi, c) la ricorrenza di fattispecie per le quali non sia registrato un pregiudizio o danno per le parti o assistenziale superiore ai 1000 euro, danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:
 1. richiamo verbale;
 2. richiamo con diffida per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale.

10. L'esposto contenente la contestazione di addebiti per violazione degli obblighi discendenti da accordi convenzionali effettuata da una parte all'altra è indirizzato al Comitato Aziendale territorialmente competente nel termine di trenta giorni dall'acquisita conoscenza dei fatti.
11. Il Comitato Aziendale provvede a notificare l'esposto alla parte indicata come inadempiente, ad invitarla a produrre proprie controdeduzioni e ad essere sentita in comitato aziendale nel termine di 20 giorni dalla ricezione dell'invito.
12. Il Comitato Aziendale valutate le controdeduzioni addotte procede o all'archiviazione del caso o a proporre al D.G. le sanzioni di lieve entità di cui al comma 9, o alla trasmissione del caso alla Commissione Valutatrice per la verifica della sussistenza di ipotesi di violazioni di maggiore gravità. Le sanzioni di cui al comma 9 sono operative con provvedimento del D.G. notificato all'interessato entro 30 giorni dalla loro assunzione.
13. Le violazioni di maggiore gravità comportanti sanzioni economiche a carico delle parti o la sospensione temporanea o la revoca del rapporto a carico del medico convenzionato sono di competenza della Commissione di cui al comma 3, previa istruttoria da parte del Comitato Aziendale territorialmente competente che si esprime sulla proposta con parere obbligatorio.
14. Sono da considerarsi violazioni di maggiore gravità in via esemplificativa e non esaustiva delle possibili ipotesi verificabili in concreto e non preventivabili in via tipizzata:
 - a) le ipotesi di recidiva di violazioni della stessa specie, che hanno già comportato un richiamo con diffida;
 - b) le ipotesi di unilaterali determinativa reiterata delle parti rispetto a dubbi involgenti l'interpretazione o l'applicazione di disposizioni derivanti dal presente accordo o da intese regionali o aziendali locali integrative;
 - c) la violazione specifica di clausole dalle quali sia derivato un pregiudizio o danno per le parti o assistenziale superiore ai 1000 euro o altre fattispecie di inadempimento a doveri convenzionali per i quali ne sia dipeso e derivato un danno assistenziale documentato, o che comportino l'obbligo di segnalazione all'Autorità Giudiziaria per la valutazione di illecito di rilievo penale.
15. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:
 - I) per il professionista convenzionato
 - a) a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi;
 - b) b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva della stessa infrazione che ha comportato la riduzione del trattamento economico;
 - c) c) revoca del rapporto per infrazioni di assoluta gravità che comportino un danno documentato ed ingente al patrimonio e/o al buon nome del Servizio finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. xx (art. 19 ACN vigente), e per recidiva della stessa infrazione che ha comportato la sospensione del rapporto.
 - II) per l'Ente Aziendale convenzionato
 - a) corresponsione di un importo pari a € 10.000,00 per ogni ipotesi ricadente nelle fattispecie di cui al precedente comma 14 sub a)
 - b) corresponsione di un importo di € 20.000,00 per le ipotesi concretanti le fattispecie di cui al comma 14 sub b), oltre al ristoro del danno economico eventualmente prodotto in concreto in caso di emolumenti non erogati all'altra parte convenzionale, singola o collettiva;
 - c) corresponsione di un importo di € 30.000,00 per le ipotesi concretanti le fattispecie di cui al comma 14 sub c), oltre al ristoro dell'eventuale danno economico eventualmente prodotto in concreto in caso di emolumenti non erogati all'altra parte convenzionale, singola o collettiva;

- d) ogni altra determinazione sanzionatoria individuata dalla Commissione come restaurativa in concreto delle violazioni convenzionali commesse.
16. Le sanzioni economiche comminate vengono versate nel costituendo "Fondo Aziendale Sviluppo Territoriale Assistenza Medicina Generale " da utilizzarsi secondo progettualità decise ogni anno dalle rappresentanze locali delle parti firmatarie il presente accordo.
 17. Il Presidente, ricevuta la notifica da parte del Comitato Aziendale territorialmente competente, convoca la Commissione Valutatrice entro 10 giorni per la discussione del caso, procedendo quest'ultimo alla successiva convocazione della parte cui è stata formulata contestazione di addebito per la seduta di valutazione, alla quale può intervenire con l'assistenza di un patrocinatore.
 18. Qualora la parte convocata non produca alcuna controdeduzione o non si presenti innanzi la Commissione, quest'ultimo dà corso comunque alla valutazione del caso.
 19. Entrambe le parti possono richiedere alla Commissione di essere sentite in merito al caso in trattazione, eventualmente producendo i documenti o le memorie ritenute più appropriate, anche attraverso l'assistenza di un procuratore.
 20. La Commissione può deliberare di udire le parti singolarmente o in contraddittorio al fine di pervenire ad un giudizio appropriato sul caso in esame, anche su richiesta di una delle parti.
 21. La Commissione, valutate le controdeduzioni eventualmente addotte in sede di difesa dalla parte o dalle parti in contraddittorio tra loro, procede all'archiviazione del caso o alla determinazione della sanzione, con provvedimento da notificarsi alla parte interessata entro 15 giorni dalla sua assunzione.
 22. L'Azienda, ricevuto il deliberato della Commissione Valutatrice si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.
 23. Il procedimento di cui al presente articolo deve concludersi entro 180 giorni dalla contestazione dell'addebito. Trascorso tale termine il procedimento si estingue.
 24. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico convenzionato sanzionato, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato o, in caso di sanzione Aziendale, all'Assessore Regionale alla Sanità ed alla Corte dei Conti.
 25. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari, non risolutive del rapporto irrogate a carico del medico convenzionato, trascorsi un anno per quelle di cui al comma 9 e due anni per quelle di cui al precedente comma 15 dalla loro irrogazione.
 26. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono decorsi 5 anni dal fatto in contestazione.
 27. Sulle responsabilità di natura deontologica derivanti dall'attività svolta od omessa dai medici, quali denunciate da parte di utenti o loro associazioni, anche secondo formulari di reclamo predisposti e pubblicizzati a livello regionale e aziendale è competente l'Ordine dei Medici.

Art. 4 – INCOMPATIBILITÀ

1. Ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che:
 - a. sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, a eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14 giugno 1993, n. 187, convertito con modifiche dalla legge 12 agosto 1993, n. 296
 - b. sia titolare di incarico in uno dei settori di cui all'art. 2 del presente accordo, esclusi i medici di Assistenza Penitenziaria che godono degli effetti del
 - c. eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o partecipe di quote di imprese che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
 - d. svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato;
 - e. sia titolare di incarico di medico specialista ambulatoriale convenzionato;
 - f. sia titolare di incarico di medico pediatra di libera scelta.

2. È, inoltre, incompatibile il medico che:
 - a. svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta o di attività oraria;
 - b. fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
 - c. operi, a qualsiasi titolo, salvo diversi accordi regionali, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate; tale incompatibilità opera nei confronti dei medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali ma solo nei confronti dei propri assistiti, e determina le conseguenti limitazioni del massimale;
 - d. intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni;
 - e. fruisca di trattamento di quiescenza relativo ad attività convenzionate e dipendenti del SSN, fatta esclusione di quelli che fruiscono del trattamento di quiescenza del solo fondo generale dell'Enpam (*ndr riportare in allegato*)

3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.L.vo n. 626/94, fermo quanto previsto dall'art. 32 (massimale scelte) in tema di limitazione di massimale, non può acquisire nuove scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi.

4. La sussistenza di incompatibilità per conflitto di interesse è stabilita dal Collegio valutatore di cui all'art. 3 (disciplinare). Qualora il sospetto di conflitto d'interesse sia dichiarato dal medico è immediatamente sottoposto dall'Azienda alla valutazione del Collegio valutatore di cui all'art. 3; qualora il medesimo riconosca il conflitto di interesse dichiarato dal medico come condizione di incompatibilità ed il medico provvede a rimuoverla entro 30 giorni dal ricevimento dell'esito della valutazione, decade ogni ipotesi di sanzionamento. Il medico può formulare al Comitato Permanente Regionale quesito preventivo alla realizzazione di condizioni che possono comportare sospetto di incompatibilità per conflitto di interesse. Se entro 30 giorni il Comitato Permanente regionale non si esprime, il parere si intende dato nel senso della non incompatibilità.

5. 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 relative al proprio status convenzionale.
6. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del medico incluso nella graduatoria regionale di cui **all'articolo 18** (graduatoria regionale), deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente o incarico vacante.

ART. 5 – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il medico convenzionato al di fuori degli obblighi e delle funzioni previste dal presente Accordo, può svolgere attività libero professionale dando comunicazione all'Azienda sulla tipologia e le caratteristiche della stessa, purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
2. La comunicazione deve esplicitamente precisare se l'attività libero professionale:
 - a) è a carattere occasionale, su richiesta del cittadino, indipendentemente dalla sede e dagli orari in cui viene esercitata e dal volume delle entrate che produce al medico. Lo svolgimento di tale attività non comporta riduzione del massimale di scelte;
 - b) è strutturata, cioè espletata in forma organizzata e continuativa, con impegno orario settimanale definito ed esclusivamente dedicato, indipendentemente dalla sede e dagli orari in cui viene esercitata e dal volume delle entrate che produce al medico. L'esercizio di tale attività, non deve prevedere un impegno superiore a 10 ore settimanali. Il superamento di tale limite determina la equivalente riduzione del massimale orario e del massimale di scelte nella misura di 40 assistiti ogni ora settimanale eccedente il limite. Comunque la riduzione del massimale non può essere inferiore a 24 ore settimanali e a 1.000 scelte. Lo svolgimento di detta attività è subordinato all'espletamento dell'attività istituzionale all'interno della AFT.
 - c) si avvale, ed in quale misura, di personale di studio anche solo in parte finanziato dal presente Accordo;
3. Nei casi di cui al precedente comma 2 lettera c), gli Accordi Integrativi Regionali definiscono le opportune forme di compensazione economica.
4. Il medico di medicina generale può svolgere attività libero-professionale in favore dei propri assistiti o in favore di assistiti dell'AFT di appartenenza erogando prestazioni non comprese nel rapporto convenzionale o in progetti concordati con l'azienda.

ART. 6 –FLUSSI E STRUMENTI INFORMATIVI.

1. I medici in rapporto convenzionale a tempo indeterminato o determinato ai sensi del presente accordo aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo nazionale e regionale secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.
2. Il medico assolve gli obblighi di legge previsti per:
 - a) flusso informativo definito con la Regione e/ l’Azienda;
 - b) sistema informativo nazionale (NSIS);
 - c) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
 - d) fascicolo sanitario elettronico (FSE);
 - e) certificazione telematica della malattia.
4. L’inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera c), documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del medico in misura pari al 1,15% su base annua, ed esclude ogni altra sanzione. Dopo adeguato procedimento disciplinare come previsto all’art. 3 (disciplinare), la relativa trattenuta, frazionata su base giornaliera, è applicata dall’Azienda Sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al sanzionamento. La riduzione non è applicata nei casi in cui l’inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico.
5. Le comunicazioni tra Azienda Sanitaria e medici avvengono attraverso modalità informatizzate e l’impiego della posta elettronica certificata.

ART. 7 – FORMAZIONE CONTINUA (ECM).

1. La formazione professionale continua è obbligatoria per il medico e riguarda la crescita culturale e professionale dello stesso, le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza, le competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatici regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.
3. Le Regioni in accordo con le OO. SS. della medicina generale, sulla base di specifici progetti, ed in via sperimentale, possono riconoscere, in collaborazione con l'Università e per le parti di rispettiva competenza, figure di "docenti aggregati" per le attività formative del Medico di Medicina Generale, nelle seguenti aree:
 - a) insegnamento universitario di base pre-laurea
 - b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
 - c) formazione specifica in Medicina Generale
 - d) aggiornamento e audit
 - e) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.
4. 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, sulla base degli accordi regionali, assicurano l'attività formativa e di ricerca dei medici di medicina generale mediante adeguati modelli organizzativi, e possono altresì dotarsi di appositi Centri di Riferimento Regionali, con l'obiettivo di:
 - a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
 - b) formare e/o accreditare i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor);
 - c) garantire la formazione specifica in medicina generale;
 - d) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Medicina generale;
 - e) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai medici di medicina generale.
5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per la qualificazione professionale del medico ai sensi del presente Accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il medico è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 2 del presente articolo.
6. I corsi regionali ed aziendali, le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione e formazione a distanza, danno luogo a crediti formativi, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo

Stato le Regioni e le Province autonome e agli indirizzi della Commissione Nazionale per la Formazione Continua;

7. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale; orientativamente, i temi della formazione obbligatoria sono individuati in modo da rispondere ad obiettivi regionali, aziendali e di integrazione tra ospedale e territorio.
8. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 5, le Regioni e le Aziende garantiscono la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli Accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.
9. I corsi obbligatori si svolgono il sabato mattina per almeno 40 ore annue, secondo le modalità definite dagli Accordi regionali; la partecipazione a tali corsi rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del medico a carico dell'Azienda.
10. Il medico che non frequenta i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure disciplinari di cui all'articolo 3 per l'eventuale adozione della sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.
11. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Regione o dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento; in ogni caso la partecipazione a tali corsi non può comportare oneri a carico dell'Azienda.
12. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
13. Le Aziende, nella definizione dei programmi formativi e nell'ambito dei corsi di cui al comma 7, organizzano per i medici di assistenza penitenziaria di cui al Titolo II, Capo IV del presente Accordo corsi per il conseguimento degli attestati BLS e ACLS.
14. Gli Accordi regionali definiscono:
 - a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici di medicina generale;
 - b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina generale;
 - c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;
 - d) i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco;
 - e) le modalità 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 dell'accREDITAMENTO di cui all'art. 16-ter, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni;
 - f) le attività di sperimentazione e ricerca.
15. Le attività didattiche indicate al comma precedente non comportano riduzione del massimale individuale.

CAPO II – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

ART. 8 – RAPPRESENTANZA SINDACALE.

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

ART. 9 – RAPPRESENTATIVITÀ.

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende dai medici convenzionati titolari di incarico a tempo indeterminato, determinato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta delle quote sindacali, in ottemperanza all'articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell'articolo 43 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.
2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le organizzazioni sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali e Aziendali, solo se in possesso dei requisiti di rappresentatività cui al precedente comma 2 rispettivamente anche a livello regionale e aziendale ed infine siano dotate di un terminale associativo nella Regione di riferimento.
4. I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti. L'Accordo Collettivo Nazionale e gli Accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da organizzazioni sindacali che rappresentano complessivamente almeno il 50% più uno degli iscritti.
5. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC. Entro il mese di febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC, e all'Assessorato regionale alla Sanità ed alle Segreterie nazionali delle OOSS la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno. Entro il 30 ottobre di ciascun anno la SISAC certifica la consistenza associativa rilevata per ciascuna organizzazione sindacale.
6. Contestualmente all'accredimento della ritenuta sindacale a favore delle rispettive sezioni sindacali provinciali, le Aziende inviano alle stesse l'elenco dei medici ai quali è riferita la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.
7. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.
8. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente. Per le trattative disciplinate dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse. In difetto di corrente rilevazione e comunicazione o di disponibilità dei dati, la consistenza associativa di riferimento rimane l'ultima in ordine d'anno antecedentemente rilevata.
9. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe rilasciate dai medici di medicina generale e degli altri settori regolamentati dal

presente ACN di importo superiore alla metà del valore medio delle trattenute richieste da tutte le Organizzazioni Sindacali rappresentative nel corso del precedente anno solare. Il calcolo è operato dalla SISAC secondo quanto previsto dall'Allegato Q - Modalità di calcolo della trattenuta media valida ai fini della rappresentatività sindacale. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.

ART. 10 – TUTELA SINDACALE.

1. A ciascuna organizzazione o aggregazione sindacale medica di categoria firmataria del presente accordo è riconosciuto, rapportandolo alla consistenza associativa, un contributo per la gestione dell'ACN a titolo di concorso degli oneri derivanti dallo svolgimento di compiti organizzativi, di rappresentatività sindacale, di contributo interpretativo e di verifica applicativa degli accordi, di aumentato rischio imprenditoriale, oltre che di sostituzione professionale dei propri esponenti e rappresentanti medici. Tale contributo annuo, compreso nei costi del presente Accordo, consiste in un corrispettivo economico convenzionalmente pari alla valorizzazione di un monte orario di 3 ore per anno, per ogni iscritto rilevato al 1° gennaio dell'anno precedente, la valorizzazione oraria di tale monte ore è pari al valore del compenso orario dei medici di cui all'articolo
2. La segreteria nazionale del sindacato comunica alla SISAC, entro e non oltre il 30 novembre di ciascun anno, i nominativi dei propri rappresentanti, l'Azienda di appartenenza e le ore assegnate nei limiti complessivi di cui al computo del comma precedente.
3. Entro il 31 dicembre, la SISAC trasmette alle Regioni le comunicazioni di competenza. Ogni eventuale variazione in corso d'anno deve essere tempestivamente comunicata alla SISAC, oltre che alle regioni e alle aziende interessate, da parte del sindacato interessato.
4. I rappresentanti sindacali comunicano mensilmente alla propria Azienda il nominativo del sostituto o dei sostituti e il numero delle ore di sostituzione da ciascuno effettuate nel mese precedente. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto, sulla base del compenso orario di cui all'articolo 36, **comma X, lettera A.** Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale. La sostituzione non si configura come rapporto di lavoro continuativo.
5. Ai medici che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali, è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. Ai medici sono altresì rimborsate le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.
6. I medici di medicina generale a ruolo unico esercitano l'astensione collettiva dalle proprie funzioni quale forma di estrema rivendicazione di diritti e interessi collettivi in ambito contrattuale ed extracontrattuale, nel rispetto della Legge 12 giugno 1990 n. 146 e s.m.i. e della giurisprudenza intervenuta, secondo quanto previsto nell'Allegato H : "CODICE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO DEI MEDICI CONVENZIONATI CON IL SSN AI SENSI DEL PRESENTE ACCORDO", che sostituisce, previa approvazione da parte della Commissione di Garanzia ex artt. 13 e 14 L. 146 del 1990 e s.m.i., quello pubblicato in G.U. n. 187 del 10.8.2002.

ART. 11 - REGOLAMENTAZIONE DELL'ASTENSIONE COLLETTIVA (PASSA COME ALLEGATO H)

CAPO III – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE, UNIFORME APPLICAZIONE E COMITATI PARITETICI

ART. 12 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE E UNIFORME APPLICAZIONE

1. L'Accordo Collettivo Nazionale, che si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del SSN, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori, ha efficacia su tutto il territorio nazionale.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:
 - b) la definizione dei compiti, delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
 - c) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
 - d) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
 - e) la definizione della parte variabile del compenso;
 - f) la rappresentatività sindacale, nazionale, regionale ed aziendale;
 - g) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviata dal presente Accordo.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e degli eventuali modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale e dal Piano triennale di attività della medicina generale di cui **all'art. 26**.
6. Entro 30 giorni dalla firma degli AIR la Regione trasmette il testo dell'Accordo alla SISAC, che a sua volta lo trasmetterà alle OOSS firmatarie del presente accordo.
7. Entro 30 giorni dalla firma degli AAA l'Azienda trasmette il testo dell'Accordo al Comitato regionale, che a sua volta lo trasmetterà alle OOSS firmatarie del accordo regionale.
8. Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002 n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali difforni rispetto al presente Accordo nonché di quelli Aziendali difforni

dall'accordo regionale sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.

ART. 13 – COMITATO NAZIONALE.

1. Ai fini di garantire l'uniforme applicazione dell'A.C.N., presso la SISAC è costituito il Comitato Nazionale.
2. Il Comitato è composto da un componente per ciascuna organizzazione sindacale firmataria del presente accordo e da un ugual numero di componenti designati dalla SISAC., fra questi il Coordinatore che lo presiede.
3. I componenti di parte pubblica e sindacale possono essere integrati o sostituiti di volta in volta, con decisione autonoma di ciascun soggetto, a seconda della specificità degli argomenti da affrontare e approfondire, da esperti nelle materie oggetto di esame.
4. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato ed è trasmessa per posta elettronica a tutti i componenti il comitato, a cura della Segreteria, almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione.
5. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
6. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per scritto richiesta di inserimento di argomenti all'Ordine del Giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'Ordine del Giorno del Comitato devono pervenire alla Segreteria della SISAC almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione del Comitato stesso.
7. Il Comitato Nazionale è convocato almeno due volte l'anno, ed ogni volta che il Presidente lo ritiene necessario.
8. Il Comitato approva quando votano a favore almeno la metà più uno dei componenti di parte pubblica e contemporaneamente la metà più uno delle deleghe rappresentate dalle organizzazioni sindacali che lo compongono.
9. Compiti del Comitato Nazionale sono:
 - a. formulare interpretazioni concordate delle clausole contrattuali richieste da Regioni e Aziende sanitarie alla SISAC o direttamente dalle OO.SS. firmatarie, anche secondo l'orientamento dell'art. 49 D.Lgs 165 del 2001 e nell'ambito delle procedure di cui all'art. 47;
 - b. valutare la conformità degli A.I.R. e segnalare eventuali difformità di cui al comma 8 del precedente articolo;
 - c. monitorare l'andamento applicativo dell'A.C.N. a tutti i livelli e per raggio di azione di singoli istituti, secondo programmi concordati;
 - d. proporre al Comitato di Settore Regioni-Sanità correzioni o integrazioni all'A.C.N.;
 - e. valutare gli effetti economici di ciascun istituto normativo;
 - f. ogni altro compito esplicitamente affidato dal presente accordo.

ART. 14 – COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti designati delle organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, titolari di un numero di deleghe non inferiore al 5% a livello regionale, purché dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da un componente per ciascuna organizzazione sindacale e da un uguale numero di componenti designati dalla Regione, fra questi l'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
3. I componenti di parte pubblica e sindacale possono essere integrati o sostituiti di volta in volta, con decisione autonoma di ciascun soggetto, a seconda della specificità degli argomenti da affrontare e approfondire, da esperti nelle materie oggetto di esame.
4. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato ed è trasmessa per posta elettronica a tutti i componenti il comitato, a cura della Segreteria, almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione.
5. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
6. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per scritto richiesta di inserimento di argomenti all'Ordine del Giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'Ordine del Giorno del Comitato devono pervenire alla Segreteria della SISAC almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione del Comitato stesso.
7. Il Comitato Regionale è convocato almeno quattro volte l'anno, ed ogni volta che il Presidente lo ritiene necessario.
8. Il Comitato approva quando votano a favore almeno la metà più uno dei componenti di parte pubblica e contemporaneamente la metà più uno delle deleghe rappresentate dalle organizzazioni sindacali che lo compongono.
9. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
 - a) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale;
 - b) fornire indirizzi alle Aziende ed ai Comitati Aziendali per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;
 - c) effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali.
 - d) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;
 - e) avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la medicina generale.
10. Non competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Integrativi Regionali.
11. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale.

ART. 15 – COMITATO AZIENDALE.

1. In ciascuna Azienda è costituito un Comitato composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, titolari di un numero di deleghe non inferiore al 5% a livello aziendale, purché dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da un componente per ciascuna organizzazione sindacale e da un ugual numero di componenti designati dalla Regione, fra questi il Direttore Generale o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
3. I componenti di parte pubblica e sindacale possono essere integrati o sostituiti di volta in volta, con decisione autonoma di ciascun soggetto, a seconda della specificità degli argomenti da affrontare e approfondire, da esperti nelle materie oggetto di esame.
4. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato ed è trasmessa per posta elettronica a tutti i componenti il comitato, a cura della Segreteria, almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione.
5. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
6. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per scritto richiesta di inserimento di argomenti all'Ordine del Giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'Ordine del Giorno del Comitato devono pervenire alla Segreteria della SISAC almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione del Comitato stesso.
7. Il Comitato Regionale è convocato almeno sei volte l'anno, ed ogni volta che il Presidente lo ritiene necessario.
8. Il Comitato approva quando votano a favore almeno la metà più uno dei componenti di parte pubblica e contemporaneamente la metà più uno delle deleghe rappresentate dalle organizzazioni sindacali che lo compongono.
9. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
 - a) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale;
 - b) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
 - c) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP.
10. Non competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Attuativi Aziendali.
11. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento dell'attività del Comitato.

TITOLO II- RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

CAPO I – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ART. 16 – DEFINIZIONE DI RUOLO UNICO

1. Ai sensi del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 è istituito il Ruolo Unico della Medicina Generale nel quale confluiscono tutti i medici attualmente titolari di rapporto convenzionale a tempo indeterminato nei precedenti settori di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale che alla data di entrata in vigore del presente Accordo diventano titolari di rapporto unico convenzionale a tempo indeterminato di Medici di Medicina Generale.
2. Il Medico di Medicina Generale a Ruolo Unico espleta la sua attività nell'ambito dell'AFT di appartenenza.
3. Nell'ambito del rapporto convenzionale il medico può svolgere sia attività connesse alla scelta elettiva del cittadino nei suoi confronti (di seguito denominata "attività fiduciaria") che quelle necessarie a supportare l'attività fiduciaria propria e dei colleghi (di seguito denominata "attività oraria"), senza incompatibilità fra loro, nel rispetto della disciplina del presente Accordo e degli ambiti di autonomia organizzativa dell'AFT.
4. Il medico che accede al rapporto convenzionale successivamente all'entrata in vigore del presente accordo assume un incarico di medicina generale a ruolo unico a tempo indeterminato con iniziale attribuzione di 38 ore settimanali. Successivamente, nel rispetto dei criteri definiti dal presente accordo, potrà acquisire scelte di assistibili e svolgere attività per la cui abilitazione sono richiesti specifici requisiti.

ART. 17 – RAPPORTO OTTIMALE E FABBISOGNO ORARIO

1. La libera scelta del medico avviene di norma, 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.
2. Agli effetti del precedente comma e ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78 e 189/2012, l'attività assistenziale dei Medici di Medicina Generale è organizzata in via prioritaria per ambiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti.
3. L'ambito territoriale di scelta deve essere di norma intradistrettuale, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area e delle attività delle forme aggregative della medicina generale
4. Nei comuni comprendenti più Aziende per la determinazione del rapporto ottimale si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel comune.
5. L'ambito territoriale ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale deve comprendere una popolazione non inferiore a 7.000 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 Aziende sanitarie possono individuare ambiti territoriali con popolazione inferiore a 7.000 unità ma comunque mai inferiore a 5.000
6. Fino alla stipula dei nuovi accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere per ciascun ambito territoriale può essere iscritto solamente un medico di medicina generale a ruolo unico ogni 1000 abitanti 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.
7. Fra i medici iscritti nell'elenco di cui al precedente comma 6 possono essere abilitati ad acquisire scelte da parte dei cittadini solo un medico ogni 1200 abitanti residenti o frazione di 1200 superiore a 600, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
8. Ai fini del calcolo del rapporto ottimale di cui al comma precedente l'Azienda, scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito 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.
9. Il fabbisogno di attività oraria settimanale rapporto ottimale è stabilito nella misura di **28** ore settimanali ogni 5.000 residenti di ogni età.
10. L'80% del fabbisogno di attività oraria è distribuito alle AFT in proporzione alle scelte in carico, il restante 20% è distribuito alle stesse con criteri diversi, d'intesa con il Comitato aziendale di cui all'art. 15
11. Le regioni possono indicare per singoli ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale rapporti ottimali diversi da quelli di cui ai precedenti commi 7, 8 e 9. La variabilità di tali rapporti deve essere concordata nell'ambito degli AIR e comunque contenuta nei seguenti limiti:

- a. Il rapporto di cui al comma 7 non può essere superiore a 1 medico ogni 1300 residenti con età superiore a 14 anni;
 - b. Il rapporto di cui al comma 8 non può essere superiore a 1 medico ogni 1560 residenti con età superiore a 14 anni;
 - c. Il rapporto di cui al comma 9 non può essere superiore a 34 ore settimanali 5.000 residenti di ogni età.
12. 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 di scelta di cui al comma precedente ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833
13. In caso di modifiche dell'ambito territoriale di scelta 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.
14. Ai fini del corretto calcolo dei rapporti ottimali e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.
15. I calcoli necessari all'applicazione del presente articolo sono descritti nell'Allegato C.

ART. 18 – GRADUATORIA REGIONALE E AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità.
2. Le Regioni, d'intesa con le OOSS rappresentative a livello regionale, si impegnano ad adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo ed entro un anno dall'entrata in vigore dello stesso, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione delle graduatorie, attraverso procedure informatiche
3. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 4, comma 1, lettere g) e k) e devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:
 - a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
 - b) iscrizione all'Albo professionale;
 - c) attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche e integrazioni.
 - d) essere iscritti e frequentare il III anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con riserva di superamento dell'esame finale
4. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria unica annuale i medici devono presentare o inviare, con plico raccomandato, o procedura equivalente in termini di legge, 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 unica conforme allo schema **Allegato A1 (moduli vari)**. La domanda deve essere corredata dalla documentazione atta a certificare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente. La domanda deve essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.
5. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni al precedente punteggio.
6. L'amministrazione regionale o l'Azienda individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui **all'Allegato B** (TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE), predispone una graduatoria valevole per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito:
 - a) la residenza
 - b) l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui ai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277.
 - c) l'eventuale attestazione di iscrizione e frequentazione del III anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con riserva di superamento dell'esame finale
 - d) la data di nascita
 - e) il voto di laurea
 - f) la data di laurea
7. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale e sul sito istituzionale della Regione. Entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione i medici interessati

possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 31 dicembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre.

8. Il rapporto di lavoro per incarichi a tempo indeterminato di cui al presente Accordo 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 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277
9. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.
10. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per il ruolo unico della medicina generale, seppur presenti in graduatoria, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
11. L'Azienda Sanitaria annualmente deve predisporre specifiche graduatorie aziendali di medici che, con apposita comunicazione inviata all'Azienda entro 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale, si siano dichiarati disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:
 - a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
 - b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
 - c) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 - d) per il solo affidamento di sostituzione, medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001 n. 448;
 - e) per il solo affidamento di sostituzione, medici iscritti ai corsi di specializzazione, ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001 n. 448.
12. I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

ART. 19 – PROCEDURE PER L’ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l’elenco degli incarichi vacanti di medico di medicina generale ruolo unico individuati dalle Aziende, a seguito di formale determinazione nell’ambito del Comitato di Azienda di cui all’art. 15, sulla base dei criteri di cui all’art. 17 e con le procedure di cui all’allegato C punto A, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell’anno in corso.
2. In sede di pubblicazione degli incarichi, fermo restando l’ambito carente di iscrizione del medico, l’Azienda può indicare la AFT cui deve essere aggregato.
3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi carenti negli ambiti territoriali resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:
 - a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per la medicina generale della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di medicina generale di altra Regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione che siano iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e da almeno 4 anni nell’elenco di provenienza. 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 generale unica
4. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i medici di cui al comma 2 lett. b) sono graduati nell’ordine risultante dai seguenti criteri:
 - a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all’art. 18
 - 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.
5. Le graduatorie per l’assegnazione degli incarichi di medicina generale negli ambiti territoriali carenti vengono formulate sulla base dell’anzianità e dei punteggi relativi ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente l’ambito o gli ambiti territoriali per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.
6. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 2 sono ulteriormente graduati nell’ordine di minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea.
7. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i medici di cui al comma 2, lett. a) in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per la medicina generale; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui al comma 2, lett. b), in base all’ordine risultante dall’applicazione dei criteri di cui al precedente comma 3., sulla base del disposto di cui all’Allegato B (“Titoli per la formazione delle graduatorie”) del presente Accordo.

8. L'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 2, lett. a), è determinata sottraendo all'anzianità continuativa di iscrizione negli elenchi di medici di medicina generale della regione, i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;
9. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico di medico di medicina generale in un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui al comma 2 lettera a), accetta l'incarico ai sensi dell'art. 20 ("Instaurazione del rapporto convenzionale") decade all'atto dell'accettazione dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.
10. 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 incarichi di medici di Medicina Generale carenti degli ambiti territoriali pubblicati, in conformità allo schema di cui all'Allegato Ax.
11. 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 di cui all'Allegato "Axx" (ex L).
12. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR, o procedura equivalente in termini di legge, 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.
13. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.
14. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra le 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.
15. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 3, lettera b) è riservata una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:
 - a) dell'80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
 - b) del 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.
16. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.
17. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 15, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 16, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.
18. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 15 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.

19. La Regione che attribuisce l'incarico ai sensi del comma 2 lettera a) ad un medico proveniente da altra regione comunica alla Regione di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 8
20. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 14 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi con particolare riferimento all'introduzione di procedure informatiche.
21. La Regione può individuare e assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.

ART. 20 – INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE

1. Il medico interpellato ai sensi dell'art. 19 deve, a pena di decadenza, indicare e dichiarare, in sede di convocazione, l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico.
2. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, invia gli atti relativi all'Azienda interessata che, d'intesa con il Comitato aziendale i cui all'art. 14, individua l'AFT di assegnazione tenendo conto delle preferenze eventualmente espresso dall'interessato.
3. Successivamente l'Azienda conferisce l'incarico di 38 ore settimanali a tempo indeterminato di medicina generale, condizionato al possesso del requisito di cui al successivo comma 4 lettera a), con provvedimento del Direttore Generale che lo comunica all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, o procedura equivalente in termini di legge, ricevimento dal quale decorre il termine di 30 giorni previsti dal comma successivo.
4. Entro i 30 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 3, il medico, sempre a pena di decadenza, deve:
 - a) richiedere il trasferimento della residenza o eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
 - b) comunicare l'Ordine professionale provinciale al quale è iscritto.
 - c) presentarsi al Coordinatore dell'AFT cui è stato assegnato per definire la data e le modalità di inizio dell'attività;
5. L'incarico, assolto quanto previsto al precedente comma, si intende definitivamente conferito con la certificazione di inizio del servizio rilasciata dal Coordinatore di AFT.
6. Il medico al quale sia definitivamente conferito l'incarico di medico di medicina generale ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco relativo all'AFT della Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa.
7. Nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza o il domicilio in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del Comitato di cui all'art. 15 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

ART. 21 –ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI MEDICI CHE POSSONO ACQUISIRE SCELTE DA PARTE DEGLI ASSISTIBILI

1. Entro la fine del mese di marzo e del mese di settembre ogni Azienda verifica con le procedure di cui all'Allegato C punto B, d'intesa con il Comitato Aziendale di cui all'art. 15, in ciascun ambito territoriale di scelta l'esistenza di eventuali carenze nell'elenco dei medici che possono acquisire scelte da parte degli assistibili sulla base del rapporto ottimale indicato al comma 7 dell'art. 17.
2. Entro la fine del mese di aprile e del mese ottobre l'Azienda ne dà comunicazione tramite pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale e direttamente, a mezzo lettera raccomandata RR, o equivalente in termini di legge, a tutti i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la medicina generale operanti nell'Azienda stessa.
3. Possono concorrere all'iscrizione tutti i medici di medicina generale già titolari di incarico a tempo indeterminato che non siano già iscritti in un elenco di medici che possono acquisire scelte da parte di assistiti.
4. I medici interessati potranno fare domanda di iscrizione, inviata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, o procedura equivalente in termini di legge, all'Azienda sanitaria entro il mese successivo a quello della pubblicazione sul BUR.
5. La carenza pubblicata sarà assegnata ad uno dei medici che ne hanno fatto domanda secondo le seguenti classi di priorità:
 - a) medico già appartenente alla/alle AFT del medesimo ambito territoriale di scelta;
 - b) medici che operano nella stessa Azienda sanitaria che ha bandito la carenza;
 - c) medici che operano in Aziende sanitarie diverse da quella che ha bandito la carenza
6. Nell'ambito di ciascuna classe individuata nel precedente comma hanno la precedenza i medici con maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato in medicina generale e, in caso di parità, il medico più anziano di età.
7. I medici interpellati, nell'ordine della graduatoria di cui al precedente comma 3, accettano o rifiutano l'iscrizione di cui al precedente comma 4 entro quindici giorni dalla comunicazione diretta o dal ricevimento della raccomandata con ricevuta di ricevimento, o procedura equivalente in termini di legge.
8. Il medico entro 30 giorni dall'accettazione dell'iscrizione cambia residenza o domicilio se necessario e prende contatto con il coordinatore dell'AFT di assegnazione che provvede a quanto previsto dall'art. 28.
9. Se l'accettazione dell'iscrizione comporta cambio di AFT l'attività oraria svolta dal medico dovrà attingere alla dotazione oraria della nuova AFT di assegnazione.

ART. 22 – INCARICHI PROVVISORI.

1. In attesa del conferimento di incarico di medico di medicina generale ai sensi dell'articolo 20, l'Azienda può conferire un incarico provvisorio utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui all'articolo 18, comma 11, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale di incarico.
2. L'incarico provvisorio ha durata inferiore a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di inserimento del medico titolare.
3. Per l'attività assistenziale fiduciaria viene corrisposto il compenso di cui **all'articolo 38**, comma 2, lettera A, punto I); per l'attività oraria è riconosciuto il compenso indicato **all'articolo 38**, comma 3, lettera A.
4. In caso di improvvisa cessazione dell'attività del medico titolare l'Azienda informa i cittadini della necessità di procedere alla scelta di un altro medico.

ART. 23 - SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'

1. Il medico è sospeso dagli incarichi della medicina generale:
 - a. in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 3 ("Resp. Convenzionali e violazioni);
 - b. per sospensione dall'albo professionale
 - c. 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;
 - d. per l'assunzione di incarichi organizzativi o di dirigenza che prevedano assunzione di responsabilità ed autonomia gestionale ed organizzativa presso il SSN o altre pubbliche amministrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale;
2. Il rapporto tra le Aziende e i medici di medicina generale cessa:
 - a. Al compimento del 70 anno di età, fermo restando, quanto previsto dal combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.L.vo n.502/1992. 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'articolo 3 ("Resp. Convenzionali e violazioni").
 - b. per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso in caso di trasferimento e di due mesi in caso di pensionamento e negli altri casi;
 - c. per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 5 ("Incompatibilità");
 - d. per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 29 ("Requisiti e apertura studi");
 - e. per incapacità psico-fisica permanente 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 all'art. 1, comma 3 della legge citata, è nominato dal Comitato aziendale;
3. Sono inoltre motivi di decadenza del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure di cui all'articolo 3 ("Resp. Convenzionali e violazioni"):
 - 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 dal presente Accordo.
4. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.
5. Nei casi previsti dal comma 1 alla sostituzione del medico provvede il Coordinatore della AFT incaricando prioritariamente i medici della stessa e nel rispetto dell'equilibrio dei carichi di lavoro. Laddove non fosse possibile, la Azienda individuerà il sostituto con le modalità di cui all'art. 22(incarichi provvisori). La competenza amministrativa della sostituzione resta in capo all'Azienda.
6. Il medico sospeso temporaneamente ai sensi del comma 1 lettera c) conserva fino a sentenza definitiva, il diritto a percepire i propri compensi al netto dei compensi eventualmente spettanti al sostituto ai sensi dell'Allegato E del presente Accordo, fatta salva ogni azione di rivalsa da parte del medico o dell'Azienda.

7. I periodi di sospensione del rapporto convenzionale di cui al comma 1 lettere a) e b) non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del SSN.
8. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.
9. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui ai precedenti commi 2 e 3, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo per un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.
10. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.
11. I medici eletti a cariche di organi ordinistici o della cassa di previdenza per espletare i rispettivi mandati, nonché i medici eletti al Parlamento o ai Consigli regionale e comunale possono avvalersi, con oneri a proprio carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici da retribuire con compenso orario.

ART. 24 - SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI

1. Il medico di medicina generale non può farsi sostituire per più di 6 mesi, anche non continuativi, nell'arco di un anno. Le comunicazioni di sostituzione devono essere tutte motivate.
2. Il medico di medicina generale che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare al coordinatore della propria AFT o suo delegato 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 medico sostituito comunica, in uno con la dichiarazione di assenza dal servizio, la motivazione della stessa.
3. Nella nomina del proprio sostituto, il titolare deve dare priorità ai medici della AFT che ne danno disponibilità. Ove non fosse possibile, deve comunque avere cura di scegliere per i propri assistiti un medico che garantisca un adeguato livello di qualità professionale, prioritariamente in possesso dei requisiti per accedere alla graduatoria della medicina generale. Il medico sostituito deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista **dall'articolo 4** e dagli accordi regionali.
4. Il medico sostituito assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituito, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo. Il medico sostituito deve inoltre dichiaratamente garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del medico sostituito e dell'AFT.
5. Nel caso di sostituzione il sostituito dovrà comunicare adeguatamente ai propri assistiti le modalità organizzative della sostituzione che, per quanto possibile, non dovranno discostarsi da quelle normalmente adottate dal medico sostituito.
6. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
7. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme di cui all'**Alliegato E**, nel rispetto della normativa fiscale. (modificare allegato C e integrare secondo quota oraria).
8. Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informare il Coordinatore di AFT. Qualora il Coordinatore della AFT non fosse in grado di garantire la sostituzione, ne informa la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nella graduatoria di cui all'art. 18 comma 11, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito.
9. Tranne che per i motivi di cui all'art. 22 ("Sospensione"), comma 1 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 Aziendale di cui all'art. 15, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.
10. La durata complessiva delle sostituzioni possono superare il periodo definito al comma 1 del presente articolo nei seguenti casi:
 - a) per maternità
 - b) per malattia, infortunio, inabilità totale temporanea o parziale permanente non correlati allo svolgimento delle attività professionali convenzionate, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;

- c) per la durata complessiva della inabilità temporanea totale, in caso di infortunio o malattia correlati allo svolgimento della propria attività professionale convenzionata
 - d) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del medico di incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi o di dirigenza nel Distretto o nell'ambito delle altre strutture organizzative e gestionali del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, anche ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso.
 - e) per partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale aventi carattere istituzionale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda d'intesa con il Comitato aziendale di cui all'art. 15. In caso di autorizzazione, come avviene per i medici dipendenti, il medico di medicina generale continuerà a ricevere gli emolumenti spettanti e l'onere della sostituzione sarà a carico dell'Azienda sanitaria.
 - f) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 7 (formazione) del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 6 mesi consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 12 mesi nell'arco di 5 anni, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
11. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire riconoscere al sostituto 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 anche per i primi 30 giorni di sostituzione.
12. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 7; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale e secondo il trattamento economico previsto dal comma 7. In caso di decesso del medico convenzionato, il Coordinatore di AFT provvede alla individuazione del sostituto e si applica quanto previsto al precedente comma 8. 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 90 giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.
13. Qualora il coordinatore verificasse che i Medici di Medicina Generale dell'AFT non siano in grado di acquisire tutte le scelte o garantire le ore di attività rese disponibili, lo comunica all'Azienda. Questa, sentito il Comitato Aziendale di cui all'art. 15, conferisce ad un medico residente nell'ambito territoriale carente, scelto prioritariamente nel rispetto della graduatoria aziendale di cui all'art. 18 comma 11 del presente Accordo, un incarico temporaneo.
14. Tale incarico cessa alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento. Il medico di cui al presente comma si fa carico degli eventuali oneri economici relativi all'incarico e riceve i medesimi compensi previsti per l'attività a tempo indeterminato del medico deceduto.
15. L'incarico di cui al comma 13 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 450 unità o 12 ore settimanali. In tal caso si applica il disposto dell'articolo 32 ("Massimali").
16. Qualora in un ambito territoriale si determinino le condizioni previste al comma 12, l'Azienda è tenuta ad informare, entro 20 giorni dall'evento, i cittadini interessati dalla carenza di assistenza della necessità di procedere ad una nuova scelta del medico.

17. In caso di carente disponibilità di medici dell'AFT disponibili a effettuare la sostituzione nonché nella necessità di conferire un incarico temporaneo, l'Azienda, ricevutane notizia dal Coordinatore, attinge alla graduatoria aziendale di disponibilità, stilata annualmente sulla base delle domande di disponibilità rilevate dal 1 al 31 gennaio di ogni anno entro 30 giorni dalla pubblicazione della Graduatoria Regionale definitiva della Medicina Generale, secondo i seguenti criteri il seguente ordine di priorità:

- a. Medici iscritti alla Graduatoria Regionale, graduati secondo l'ordine di inserimento.
- b. Medici in possesso dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale o di titolo equipollente dei requisiti per l'esercizio della medicina generale ma non iscritti in graduatoria regionale.
- c. Medici che frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale graduati secondo il maggior numero di ore di frequenza limitatamente per le attività orarie, compatibilmente con le ore di frequenza del Corso.
- d. Medici non ricompresi nelle categorie a, b, c, e. Medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.
- e. Medici frequentanti un Corso di Specializzazione limitatamente per le attività orarie compatibilmente con le ore di frequenza del Corso.

All'interno di ogni categoria sopra indicata i medici sono graduati attribuendo, oltre al punteggio attribuito nella graduatoria regionale, 10 punti in caso di residenza nella Regione e ulteriori 10 in caso di residenza nel territorio della AFT. In caso di pari punteggio prevale la minor età alla laurea. In caso di pari anzianità, i medici sono ulteriormente graduati nell'ordine di minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea.

ART. 25 – MATERNITA'

1. Il medico di medicina generale ha diritto alla sostituzione parziale dell'attività convenzionale e per periodi anche non continuativi, comunque non superiori a 24 mesi nell'arco di cinque anni, per:
 - a) Allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
 - b) Adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione;
 - 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.
2. Il medico in stato di gravidanza, convenzionato ai sensi del presente Accordo, può richiedere la sostituzione dell'attività convenzionale per tutto o per parte del periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti e con sostituzione totale o parziale della propria attività lavorativa.
3. Il medico che si trovi nei casi di cui al comma 2 e 3, a richiesta, può essere esonerato dai turni notturni. L'esonero dai turni notturni si può estendere fino ai tre anni di vita del bambino o nei primi tre anni dall'ingresso del minore adottato od affidato in famiglia, e comunque non oltre il dodicesimo anno di età .
4. Il medico che si trovi nei casi di cui al comma 2 punto a) e 3, a richiesta, deve essere adibito ad attività diverse ove sussistano condizioni di lavoro o ambientali pregiudizievoli alla salute della donna.
5. E' fatto divieto all'Azienda di non conferire o rinnovare un incarico provvisorio per i medici di cui al comma 3, anche se il medico sia nella fattispecie nel periodo di sospensione dall'attività lavorativa previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti.
6. Quanto previsto al comma 2 lettere a), b) e c), al comma 3 e al comma 6 potrà essere richiesto dal padre nei casi previsti dalle leggi vigenti (in caso di morte o di grave infermità della madre ovvero di abbandono, nonché in caso di affidamento esclusivo del bambino al padre). Quanto previsto al comma 4 vale anche per i padri adottivi o affidatari.
7. Le disposizioni di cui ai commi 2 e 7 si applicano anche ai sostituti di cui **all'art. 24** e ai medici incaricati provvisoriamente di cui **all'art. 22**.

CAPO II – ORGANIZZAZIONE E ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE

Art. 26 – PIANO TRIENNALE DELLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE

1. Entro tre mesi dalla stipula dell'AIR ogni Azienda Sanitaria deve formulare nell'ambito del Comitato Aziendale di cui all'art. 15, il Piano triennale delle attività della medicina generale, quale strumento di programmazione privo di impegno economico, ma propedeutico alla definizione degli Accordi Attuativi Aziendali.
2. Il piano deve contenere:
 - a) la condizione di salute della popolazione residente nell'Azienda, descritta attraverso specifici indicatori di incidenza, prevalenza e gravità delle principali condizioni di rischio, di malattia e di non autosufficienza che rientrano nell'ambito delle competenze della Medicina Generale;
 - b) i servizi erogati per ciascuna di tali condizioni, i relativi modelli organizzativi e i costi valutati per l'erogazione di ciascun servizio;
 - c) il programma di riorganizzazione dell'erogazione dei servizi orientato a migliorare efficienza ed efficacia complessiva di sistema, anche con il perfezionamento dell'organizzazione e delle competenze dei medici di medicina generale;
 - d) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire nel triennio, con riferimento particolare all'assistenza proattiva nei confronti delle malattie croniche, espressi con valori migliorativi degli indicatori di cui alla precedente lettera a);
 - e) il piano di prevenzione individuale affidato alla medicina generale e la quota economica prevista per la sua erogazione.
3. Gli Accordi Attuativi Aziendali successivamente stipulati devono essere orientati al perseguimento di quanto previsto dal precedente comma alle lettere c), d) ed e).
4. Il Piano triennale può essere aggiornato ogni anno, anche in base ai risultati raggiunti.

ART. 27 – L'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE

1. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sono forme organizzative monoprofessionali della Medicina Generale. I medici di medicina generale partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali. Ogni AFT è costituita da medici di medicina generale a ruolo unico in conformità all'art 16 (Definizione del ruolo unico) del presente Accordo. Ogni medico di medicina generale può far parte di una sola AFT.
2. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le Aziende, valutate le condizioni dei singoli medici e d'intesa con il Comitato Aziendale di cui all'art. 15, individuano le aggregazioni funzionali sulla base dei criteri definiti **nell'allegato XX**.
3. Nell'ambito della AFT è eletto dai medici componenti un Coordinatore il cui ruolo, funzioni e compiti sono definiti all'art 29 del presente Accordo
4. La AFT è la unità elementare organizzativa funzionale della medicina generale, nel cui ambito i MMG che la compongono condividono, in forma partecipata, nei riguardi della popolazione di riferimento, cioè la popolazione dei cittadini che hanno esercitato la scelta dei medici che compongono la AFT stessa, obiettivi e percorsi, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi in accordo col dettato del comma 1 , art 1 della Legge 189/2012.
5. Compito generale della AFT è quello di garantire, attraverso l'operato coordinato dei medici che la compongono, la presa in carico dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento, la continuità delle cure, la continuità dell'assistenza e la erogazione di percorsi assistenziali in un'ottica di medicina di iniziativa alla popolazione di riferimento. I compiti specifici della AFT sono descritti nell'art 28 del presente ACN.
6. I medici che costituiscono la AFT sono funzionalmente connessi tra loro mediante una "rete clinica" di AFT. La rete clinica è una struttura informatico-telematica di collegamento tra le varie cartelle cliniche dei medici di medicina generali della AFT e deve garantire, nel rispetto della normativa vigente in tema di privacy e di sicurezza nella gestione dei dati, in accordo col dettato del comma 1, art 1 della Legge 189/2012:
 - a) l'accesso da parte dei medici della AFT alle informazioni cliniche dei pazienti come momento qualificante di una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure e di continuità dell'assistenza
 - b) ad ogni medico la valutazione del proprio operato per un costante self audit
 - c) ai medici della AFT il confronto delle performance individuali in un'ottica di peer review
 - d) al Coordinatore della AFT l'estrazione di dati di attività in forma aggregata ed anonimizzata per la valutazione complessiva e la programmazione dei percorsi assistenziali da garantire alla popolazione di riferimento della AFT
 - e) ad ogni AFT il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda, ove disponibile, e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi
7. La partecipazione del medico alla rete clinica di AFT è obbligatoria e, come tutte le altre attività informatiche e telematiche, dovendo interagire con il sistema informatico dell'Azienda, avviene con oneri tecnici ed economici a carico della Azienda ASL
8. I medici della AFT adottano le misure necessarie, conformemente ai dettati di legge, relativi al consenso informato, al trattamento dei dati sensibili ed alla sicurezza della conservazione dei medesimi
9. Al fine di garantire i livelli assistenziali propri della AFT i medici possono dotarsi di tecnologia diagnostica che garantisca interoperabilità con la rete clinica di AFT e che possa anche

permettere, se necessarie, le attività di telemedicina quali telerefertazione, teleassistenza e teleconsulto.

10. I medici della AFT adottano, sottoscrivendolo individualmente, il codice etico di cui all'allegato xx che definisce le modalità di rapporto e le responsabilità reciproche tra i medici che lavorano in squadra nella AFT, tra i medici ed il coordinatore di AFT, tra i medici ed il personale dipendente ed ogni altra eventuale figura che possa collaborare con loro, nonché nei confronti degli assistiti. *(ndr. Il Codice inoltre contiene le norme che garantiscono ai cittadini, secondo la normativa vigente, la correttezza del trattamento dei loro dati sensibili nonché la sicurezza della loro archiviazione. Il codice etico prevede, in assenza di specifiche norme in materia, ed in accordo con le linee guida emanate dalla Conferenza Stato-Regioni, un "codice" di autoregolamentazione per l'utilizzo della diagnostica e della telemedicina che garantisca i rapporti tra MMG, cittadino che usufruisce della prestazione, ditta fornitrice della apparecchiatura diagnostica ed eventuale soggetto che garantisce telerefertazione o teleconsulto.)*
11. I medici della AFT possono esercitare le attività di cui all'art. 28 e all'art. 30 in sedi individuali, in sede unica aggregata o in una o più sedi associate (ex medicine di gruppo). Comunque ogni AFT deve disporre di una sede di riferimento utilizzabile ai fini dell'erogazione delle attività di cui alla lettera a) del comma 1 dell'art. 28 e in via anche non esclusiva delle attività di cui alla lettera b) del medesimo comma.
12. L'individuazione delle sedi, le attività svolte in ciascuna e i relativi orari di apertura sono oggetto della programmazione di cui al comma 3 dell'art. 28 e deve rispondere alle esigenze di assistenza della popolazione, anche in relazione agli aspetti orogeografici e alle caratteristiche demografiche della stessa, in modo da garantire una adeguata capillarità dei presidi della medicina generale.
13. La sede associata di cui al precedente comma 11 (ex medicina di gruppo) deve disporre di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici che vi operano, 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. Il numero dei medici che operano in una sede associata non può essere inferiore a tre.
14. Ogni AFT, con mezzi messi a disposizione dall'Azienda, deve poter utilizzare un centralino che sia in grado di registrare il contenuto delle conversazioni e di trasferire all'occorrenza le chiamate al telefono di cui deve essere dotato il medico durante il servizio; il centralino può essere autonomo, condiviso con altre AFT o, in assenza, fornito dall'Azienda sanitaria; il medico in servizio può utilizzare un telefono fornito dall'AFT o dall'Azienda o quello personale.

ART. 28 – COMPITI DELL’AFT

1. Sono compiti specifici dell’AFT nei confronti della popolazione di riferimento:
 - a) assicurare la continuità dell’assistenza in modo da garantire, anche in collaborazione con altri professionisti, la copertura delle 24 ore in tutti i giorni della settimana;
 - b) assicurare la presa in carico dell’assistito ai fini dell’assistenza proattiva nei confronti dei malati cronici e dei pazienti fragili;
 - c) promuovere l’appropriatezza clinica e organizzativa anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di self-audit e di “peer review”;
2. I compiti specifici dell’AFT sono definiti in coerenza con il Piano triennale di attività della Medicina generale di cui **all’art. 26.** .
3. A scadenze programmate, di norma ogni 3-4 mesi, ed ogni volta che sia necessario, a cura del Coordinatore, è aggiornato il Programma di organizzazione e attività della AFT, relativo al compito di cui al comma 1 lettera a) del presente articolo; tale programma è consegnato, salvo comprovate urgenze, all’Azienda sanitaria 15 giorni prima del periodo di validità dello stesso.
4. Il Programma di cui al precedente comma 3 prevede anche:
 - a) la descrizione delle sedi e degli orari di accesso degli assistiti per le attività a ciclo di fiducia. Negli studi singoli l’accesso allo studio deve essere garantito per un congruo orario in relazione al numero di scelte in carico al medico titolare.
 - b) in caso di sede di AFT unica o di sede associata (ex medicina di gruppo) deve essere garantita l’apertura per almeno 8 ore;
 - c) che comunque nella sede di riferimento l’apertura è garantita per almeno 12 ore;
 - d) un sistema idoneo di recepimento-registrazione e smistamento delle chiamate. Qualora l’AFT non sia in grado di provvedere autonomamente le Aziende sanitarie sono tenute a mettere a disposizione di ogni AFT un centralino distrettuale o aziendale dedicato. In entrambi i casi il sistema di recepimento delle chiamate deve essere in collegamento con la Rete Numero Unico Europeo 116/117 dedicato alla gestione delle chiamate per le cure mediche non urgenti;
 - e) la presenza dei singoli medici nei turni di continuità assistenziale e nelle altre attività orarie.

Art. 29 – IL COORDINATORE DI AFT

1. Ogni AFT è coordinata da un medico di medicina generale appartenente alla AFT stessa che viene definito “Coordinatore della AFT”
2. Il Coordinatore è eletto dai medici della AFT, tra i candidati in possesso dei seguenti requisiti:
 - a) anzianità di convenzione (ruolo unico o ex Assistenza Primaria o ex Continuità Assistenziale o ex Medicina dei Servizi) non inferiore a cinque anni;
 - b) svolgimento nei 3 anni precedenti dell’attività di medico convenzionato in forma esclusiva o con attività libero professionale strutturata non superiore a 10 ore settimanali, come previsto **all’art. 5**;
 - c) titolo di formazione qualificante ottenuto frequentando un corso di formazione organizzato dalle Scuole o centri regionali di Formazione in medicina generale istituiti a norma dell’art 7 del presente Accordo o dalle OO.SS. firmatarie del presente Accordo. Il Corso, non inferiore a **xx** ore, deve garantire comunque tutti i contenuti formativi **dell’allegato XX** al presente accordo.
 - d) esperienza di almeno 3 anni in attività di coordinatore di AFT o equivalente, purchè si impegnino ad iscriversi entro 6 mesi ai corsi di cui alla precedente lettera c) e ad acquisire il titolo nei tempi previsti.
3. Qualora nessun medico sia in possesso dell’attestato di cui alla precedente lettera c) potranno candidarsi tutti quelli in possesso dei requisiti di cui alle lettere a) e b) del precedente comma. In tal caso il Coordinatore eletto si impegna, pena la decadenza, ad iscriversi entro 6 mesi al corso di cui alla lettera c) del precedente comma e a conseguire il titolo entro i tempi previsti.
4. Le elezioni del coordinatore di AFT si svolgono con le modalità descritte **nell’Allegato XX**
5. Il Comitato Aziendale procede alla ratifica delle nomine degli eletti che sono poi formalizzate con atto della Azienda sanitaria. Il Coordinatore dura in carica per 3 anni, salvo sfiducia motivata da parte di 2/3 dei medici della AFT, ed è rieleggibile.
6. I compiti del Coordinatore sono:
 - a) svolgere funzione di raccordo fra i medici della AFT e fra questi e l’Azienda sanitaria;
 - b) garantire una costante comunicazione tra il livello direzionale dell’Azienda sanitaria ed ogni singolo medico della AFT;
 - c) convocare e coordinare le riunioni operative dei medici dell’AFT fra loro e/o con il personale delegato dall’Azienda sanitaria;
 - d) collaborare con l’Azienda sanitaria ed in particolare con l’Ufficio URP per risolvere eventuali segnalazioni di disservizio relative ai MMG della AFT;
 - e) definire e comunicare all’Azienda sanitaria i programmi di cui **all’art. 28 comma 3**;
 - f) coordinare e monitorare l’effettiva attuazione nella AFT dei livelli organizzativi previsti sia per attività fiduciaria che oraria, la funzionalità della rete clinica di AFT;
 - g) promuovere e facilitare l’adozione da parte di tutti i medici della AFT dei livelli e percorsi diagnostico terapeutico assistenziali e di comportamenti orientati all’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse adoperandosi per aiutare i singoli medici ad applicarli;
 - h) organizzare gli incontri a carattere organizzativo e/o clinico all’interno della AFT e le riunioni periodiche di peer review;
 - i) costituire il punto di raccordo con le altre professioni, sia a livello territoriale che ospedaliero.
7. Per l’espletamento di questi compiti e di altri che dovessero essergli attribuiti da Accordi Integrativi Regionali e Aziendali, il Coordinatore potrà avvalersi della collaborazione di medici

della AFT, individuati da tutti i componenti della stessa, che potranno svolgere attività oraria professionale organizzativa.

8. L'attività del Coordinatore è retribuita con una indennità di carica, integrato da un compenso a risultato definito nell'ambito dell'Accordo fra Azienda sanitaria e OOSS firmatarie dell'Accordo integrativo regionale e maggiormente rappresentative a livello aziendale.
9. L'indennità del Coordinatore non è cumulabile con quelle eventuali di tutte le attività di cui all'art. 31 comma 1 lettera c) tranne quella di docenza in medicina generale

ART. 30 – REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI

1. Lo studio del medico di medicina generale, libero professionista convenzionato ai sensi del presente ACN, è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e come tale 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 medicina generale, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio di cui all'art. 38, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del medico di medicina generale, ancorché destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, è uno studio professionale privato che deve possedere i requisiti previsti dai commi che seguono.
2. Lo studio del medico convenzionato deve avere come dotazione di base arredi e attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate.
3. Detti ambienti sono adibiti esclusivamente ad uso di studio medico non autorizzato. Se lo studio è inserito in un appartamento di civile abitazione, i locali e l'ingresso devono essere specificamente dedicati
4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture. Nello studio del medico può essere svolta esclusivamente attività istituzionale ai sensi del presente Accordo e la libera professione ai sensi dell'articolo 25.

ART. 31 – COMPITI INDIVIDUALI DEL MEDICO

1. Il medico di medicina generale a Ruolo Unico opera sia individualmente sia inserito nell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT - riferimento), sia in rete multiprofessionale (Unità Complessa di Cure Primarie UCCP - riferimenti). In rapporto alle esigenze assistenziali dei cittadini e alla programmazione dell'AFT di appartenenza svolge compiti connessi con una o più delle seguenti tre aree di attività:
 - a) attività assistenziale fiduciaria, rivolta all'assistito che ha esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente;
 - b) attività assistenziale oraria di continuità e/o complementare a quella di cui alla lettera precedente;
 - c) attività particolari:
 1. coordinamento di progetto assistenziale
 2. coordinamento organizzativo
 3. attività didattica
 4. attività formativa
 5. attività di ricerca
2. Tutti i medici a ruolo unico della AFT possono svolgere le attività di cui alle lettere a), b) e c) del comma precedente.

Parte A: Compiti individuali del medico connessi all'attività fiduciaria

1. Sono funzioni e compiti individuali connessi con l'attività fiduciaria:
 - a) attività sanitarie, programmabili e differibili, relative a prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie acute e croniche, secondo la buona pratica della Medicina Generale e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute;
 - b) gestione nei confronti degli assistiti ospiti in residenze protette e collettività (ADR), dei malati nell'ambito dell'Assistenza programmata (ADP) e Integrata (ADI) e, secondo i relativi allegati X e Y;
 - c) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del SSN, secondo standard nazionali che devono prevedere la interoperabilità della stessa con la rete clinica di AFT e l'adempimento dei flussi informativi di cui all'allegato x
 - d) il consulto con lo specialista, anche prevedendo l'utilizzo della modalità di telerefertazione/teleconsulto e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero nelle sue varie fasi, in orari e modalità da concordare;
 - e) la disponibilità per gli assistiti, nei locali dello studio medico secondo quanto previsto dal Programma di attività dell'AFT;
 - f) il rilascio delle seguenti certificazioni a titolo gratuito:
 - I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti;
 - II) incapacità temporanea al lavoro;
 - III) idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, articolo 3, lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente, tenuto conto di quanto previsto dal D.L. 21 giugno 2013 n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013 n. 98 e dal D.M. 8 agosto 2014 del Ministero della Salute;
 - IV) riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, laddove previste;
 - V) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;

- VI) valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali.
- g) il rilascio a titolo oneroso di tutte le certificazioni non ricomprese nell'elenco al paragrafo precedente
 - h) l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché l'adesione obbligatoria a specifici progetti negoziati con le OOSS a livello regionale e/o aziendale;
 - i) Presa in carico individuale attraverso l'adesione della AFT alle campagne vaccinali promosse ed organizzate dalla Regione, dalle Aziende e/o Distretto in accordo con le OO.SS.;
 - j) le prestazioni aggiuntive (di cui all'allegato I)
 - k) l'assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole, sulla base delle intese regionali;
2. L'espletamento delle funzioni e dei compiti di cui al precedente comma 1 si realizza con:
- a) le visite ambulatoriali rese nelle sedi e negli orari previsti nel Programma di attività dell'AFT di appartenenza di cui all'art. 28 del presente accordo;
 - b) la visite domiciliari, avuto riguardo alla non trasportabilità presso lo studio del medico, deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. È a cura del medico la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare. A cura della Azienda e del medico tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti, anche inserendo tali informazioni nella carta dei servizi della Asl;
 - c) la chiamata non differibile recepita dal medico da effettuare entro il più breve tempo possibile come previsto dal Programma di attività dell'AFT.
 - d) nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è tenuto ad eseguire le visite domiciliari eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.
 - e) 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.
 - f) le attività ambulatoriali e domiciliari, fermi restando i compiti individuali e il rapporto di fiducia, possono essere garantite da colleghi appartenenti alla stessa AFT nei casi previsti dal Programma di attività della stessa.

Parte B- Compiti individuali del medico nei confronti dell'AFT

1. Sono compiti individuali connessi con l'attività condivisa nelle AFT:
- a) il rispetto di quanto previsto nell'ambito del Programma di attività di cui all'art. 28 comprese le attività e gli obiettivi affidati alle AFT dagli AAA;
 - b) la partecipazione obbligatoria a momenti di audit e peer-review della AFT di appartenenza, ricompresi o meno nella formazione obbligatoria.

Parte C - Compiti individuali del medico connessi con l'attività oraria

1. Sono compiti connessi con l'attività oraria assistenziale la presa in carico dei bisogni dei cittadini e la continuità dell'assistenza garantite alla popolazione assistita dai medici della AFT ed ai cittadini non residenti temporaneamente presenti nell'ambito di competenza della AFT;
2. Relativamente a questo compito il medico che opera in attività oraria assistenziale sulla base di quanto previsto dal Programma di attività della AFT, deve essere presente nell'ambulatorio

previsto o telefonicamente reperibile, qualora l'attività sia esclusivamente domiciliare, fin dall'inizio del turno e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, ambulatoriali, domiciliari o territoriali necessari.

3. L'espletamento del turno di servizio non ambulatoriale può essere assicurato dal medico dal proprio domicilio, purchè questo sia ubicato nell'ambito territoriale di riferimento della AFT di appartenenza oppure da una sede della AFT o, ancora, da sedi messe a disposizione dalla Azienda.
4. Il medico in servizio attivo deve rimanere reperibile fino all'entrata in servizio del medico che subentra. 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.
5. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, secondo le buone pratiche della Medicina Generale ed in particolare, può:
 - a) fornire al paziente un consiglio telefonico;
 - b) visitare il paziente nell'ambulatorio all'uopo individuato dalla AFT d'intesa con l'Azienda sanitaria;
 - c) eseguire la visita domiciliare;
 - d) disporre il ricovero
 - e) attivare il servizio di servizio di urgenza ed emergenza territoriale
6. Le richieste devono pervenire al medico che è l'unico titolato a valutare il quadro clinico prospettato dall'utente e decidere, la tipologia di prestazione più idonea.
7. Il medico in attività oraria, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza nei riguardi del medico titolare del rapporto di fiducia e dei medici della intera AFT, annota nella cartella clinica del paziente disponibile tramite la rete clinica di AFT la propria valutazione, la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e le eventuali certificazioni rilasciate.
8. Il medico rilascia al paziente le prescrizioni e le certificazioni necessarie ed opportune.
9. Il medico rilascia le certificazioni di malattia per il lavoratore per la copertura dell'intero presunto periodo di assenza dal lavoro.
10. Le prestazioni ai cittadini non ricompresi nel comma 1 del presente articolo sono erogate in accordo con quanto stabilito all'art 32 (visite occasionali) del presente accordo.

Parte D – Compiti individuali del medico connessi alle attività particolari

1. I coordinatori di progetto assistenziale di cui alla **lettera c) comma 1** dell'art. 31 qualora previsti per le varie attività cliniche, sono individuati concordemente dai medici della AFT tra tutti i medici della stessa che si rendono disponibili e che siano in possesso di un titolo di formazione qualificante ottenuto frequentando un corso di formazione organizzato dalle Scuole o centri regionali di Formazione in medicina generale istituiti a norma **dell'art 7 del** presente Accordo o dalle OO.SS. firmatarie del presente Accordo.
2. Qualora nessun componente dell'AFT disponga del titolo di formazione di cui al comma precedente, il medico disponibile e prescelto è tenuto ad iscriversi ad un corso di cui al comma 2 entro 18 mesi e a conseguirlo nei tempi previsti.
3. Il "coordinatore di progetto assistenziale" offre supporto programmatico, organizzativo e di monitoraggio, e si correla con il team multiprofessionale, per il raggiungimento di specifici obiettivi assistenziali.

ART. 32 - VISITE OCCASIONALI

1. I medici iscritti negli elenchi di ciascun ambito territoriale sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti:
 - a) degli assistiti che li hanno preventivamente scelti;
 - b) degli assistiti che hanno scelto altri medici di medicina generale appartenenti alla stessa AFT.
2. I medici, anche quando operano in attività oraria assistenziale, prestano la propria opera nei confronti dei cittadini italiani che, trovandosi al di fuori del proprio Comune di residenza, richiedano la loro opera.
3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe omnicomprensive:
 - visita ambulatoriale: €. 15,00
 - visita domiciliare: €. 30,00
4. Al medico, anche quando opera come attività oraria assistenziale, 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 "E" su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.
5. Sulla base di apposite determinazioni regionali e/o aziendali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare, in un determinato arco temporale, un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti.
7. Le prestazioni ambulatoriali o domiciliari erogate ai cittadini non residenti di cui ai commi 5 e 6 sono retribuite dalla azienda sanitaria sulla base delle tariffe omnicomprensive di cui al comma 3 del presente articolo. In tal caso il medico notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'allegato "E" su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata
10. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare le modalità di prescrizione-proposta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza dell'assistito.

ART. 33 – MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI.

1. I medici di medicina generale possono acquisire un numero massimo di scelte di norma pari o inferiori a 1.575 unità, incluse le ricongiunzioni familiari di cui all'articolo 34 comma 4, o 38 ore settimanali di attività oraria o dalla combinazione di entrambi come normato al successivo comma xx secondo quanto previsto per le singole fattispecie definite dal presente articolo. Eventuali deroghe al massimale possono essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5, della Legge 833/78, per un tempo determinato, non superiore comunque a sei mesi.
2. 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 1.575 scelte gradualmente mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
3. Le scelte temporanee di cui all'articolo 34, commi 6 e 7 sono inserite in apposito separato elenco, non concorrono alla determinazione del massimale di cui al comma 1 e sono acquisibili nel limite massimo di 225 unità.
4. I medici che, alla data di entrata in vigore dell'ACN, hanno un numero di assistiti in carico superiore a quanto stabilito dal comma 2 rientrano nel limite mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
5. Non concorrono alla determinazione del massimale di cui al comma 1 le scelte dei minori nella fascia di età 0-6 anni.
6. Le Aziende, sentito il parere del referente di AFT, possono autorizzare i medici ad autolimitare la propria attività a ciclo di scelta in misura non inferiore al rapporto ottimale e di 24 h settimanali per il rapporto orario. Il massimale individuale derivante da autolimitazione di cui al comma 1 non è modificabile prima di 3 (tre) anni dalla data di decorrenza della stessa. A far data dall'autorizzazione alla autolimitazione, non possono essere assegnate al medico ulteriori scelte temporanee di cui al comma 2.
7. I compensi sono corrisposti fino al massimale di cui al comma 1 o massimale individuale derivante da autolimitazione di cui al comma 6. Le scelte temporanee di cui al comma 2 sono retribuite nel limite indicato.
8. I massimali di scelte come indicati ai commi 1 e 3 possono essere aumentati in sede di accordi regionali con le OO.SS. rappresentative, anche per i medici di singole AFT in relazione a progetti di assistenza che lo richiedano, nel rispetto di standard organizzativi e di assistenza condivisi, nonché in relazione a particolari situazioni locali.
9. L'impegno settimanale del medico con massimale di scelte equivale convenzionalmente a 38 ore settimanali, secondo il rapporto 41 assistiti/ora.
10. L'incarico di 38 ore settimanali comporta l'esclusività del rapporto orario. La progressiva acquisizione di scelte determinerà la riduzione del massimale orario di 4 ore per ogni 164 assistiti che esercitano la scelta per quel medico. Allo stesso modo la perdita di scelte determinerà l'incremento di 4 ore ogni 164 assistiti.
11. L'incremento o il decremento di ore è determinato ogni tre mesi ed ha effetto dal primo mese successivo a quello in cui si determina la diminuzione o l'aumento del numero di scelte.
12. L'Azienda sanitaria deve comunicare trimestralmente al coordinatore di AFT le eventuali variazioni di scelte/orario di tutti i componenti della AFT.

ART. 34 – SCELTA DEL MEDICO

1. La libera scelta del medico, nel rispetto del numero massimo di assistiti, è di norma collegata alla residenza e compatibile con l'organizzazione sanitaria di riferimento del territorio. Il cittadino sceglie per sé e per le persone di cui ha la tutela legale il medico di fiducia tra quelli iscritti negli appositi elenchi dell'Azienda Sanitaria di residenza. La scelta è a tempo indeterminato, salvo revoca.
2. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini sui servizi e le attività assistenziali fornite dalla AFT del medico scelto in base al programma delle attività che le stesse AFT predispongono
3. Nell'ambito dell'Azienda, il cittadino sceglie il medico prioritariamente tra quelli operanti nel Comune di residenza o nei Comuni afferenti al medesimo ambito; può, tuttavia, scegliere un medico iscritto in elenchi diversi da quello di residenza, previa accettazione da parte del medico interessato. Le Aziende comunicano ai medici l'elenco degli assistiti in carico con i necessari aggiornamenti.
4. Per i minori che abbiano compiuto il sesto anno di età i genitori possono effettuare la scelta nei confronti del medico di medicina generale.
5. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito, già in carico al medico di medicina generale, purché facenti parte anagraficamente del medesimo nucleo familiare, possono effettuare la scelta a favore dello stesso medico nel limite di quanto previsto **all'articolo 33, comma 1 (massimale)**.
6. Eventuali scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza sono disciplinate negli Accordi Integrativi Regionali o accordi tra Regioni.
7. Per il cittadino non residente la scelta effettuata è a tempo determinato per una durata minima di 3 mesi e massima di 1 anno, espressamente prorogabile, così come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 8 maggio 2003, rep. n. 1705. L'Azienda comunica l'iscrizione temporanea alla Azienda di provenienza al fine della cancellazione nelle sue liste.
8. Il cittadino extracomunitario in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano effettua la scelta a tempo determinato di validità pari a quella del permesso di soggiorno. La scelta è espressamente prorogabile alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.
9. Il medico è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno e gli è riconosciuto il relativo compenso, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno.
10. 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 cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, e fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.

11. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono comunque, in difetto di scelta in favore di altro medico, dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il medico è tenuto comunque alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima
12. Le operazioni di aggiornamento dell'elenco degli assistiti rispetto alla scelta, alla revoca e alla ricasazione sono svolte in tempo reale, qualora sia realizzabile in base alla possibilità di utilizzo di procedure informatiche.

ART. 35 – REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA.

1. Il cittadino può revocare in qualsiasi momento la scelta del medico, utilizzando le procedure dell'Azienda Sanitaria, ed effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
2. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito che lo ha scelto può ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera b), D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
3. Non è consentita la ricusazione qualora nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità.
4. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite dell'autolimitazione o per rientrare nel massimale.

ART. 36 – REVOCHE D'UFFICIO DELLE SCELTE.

1. Le revoche delle scelte dei cittadini sono effettuate d'ufficio dall'Azienda nei seguenti casi:
 - a) fruizione temporanea dell'assistenza sanitaria erogata dallo Stato ai sensi dell'articolo 7, comma 1, della Legge 7 agosto 1982 n. 526;
 - b) decesso dell'assistito;
 - c) trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda;
 - d) irregolare doppia iscrizione del cittadino;
 - e) cancellazione del medico dall'elenco di scelta.
2. I cittadini di cui al comma precedente, lettera a) in caso di cessazione delle condizioni previste dalla citata Legge effettuano una nuova scelta del medico di fiducia.
3. Le cancellazioni per i casi di cui al comma 1, lettera d) decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione dall'elenco degli assistiti del primo medico decorre dalla data della seconda scelta.
4. L'Azienda, previa comunicazione al medico, procede al recupero di quote per assistiti liquidate e non dovute a far data dal verificarsi di uno degli eventi di cui al comma 1. Il medico può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 (quindici) giorni ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento del ricorso. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo avviene, fino al recupero dell'importo complessivo, nella misura massima mensile del 20% delle quote corrisposte in base al numero degli assistiti in carico, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali. L'Azienda può dare corso ad una diversa rateizzazione delle somme da ripetere o al conguaglio negativo, in percentuale superiore al 20%, previo accordo con il medico interessato.
5. Gli effetti economici delle cancellazioni e delle attribuzioni di scelte seguono le vigenti disposizioni del Codice Civile in materia di ripetizione di emolumenti non dovuti e di crediti, con relativi termini di prescrizione.
6. L'Azienda presso la quale il cittadino effettua una nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.
7. Il medico di medicina generale non è tenuto a comunicare all'azienda l'avvenuto decesso di un assistito anche qualora ne abbia certificato la morte, fermo restando che gli effetti amministrativi sono obbligatoriamente subordinati alla verifica presso l'anagrafe comunale di residenza dell'assistito deceduto, ai fini della cancellazione della relativa scelta e di una sollecita operazione di aggiornamento degli elenchi del medico interessato.

ART. 37 – EFFETTI ECONOMICI DI SCELTA, REVOCA E RICUSAZIONE.

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

ART. 38 – ATTIVITÀ PRESCRITTIVA.

1. Il medico di medicina generale può prescrivere farmaci e/o indagini specialistiche con ricetta del SSN, secondo le norme di legge vigenti e nel rispetto delle modalità previste dal SSN, nei confronti dei cittadini che lo abbiano preventivamente scelto, fatto salvo quanto previsto all'articolo 41, comma 5.
2. In caso di assenza del medico di scelta le prescrizioni possono essere effettuate da un altro medico della stessa AFT.
3. La richiesta di indagine, prestazione, visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o quesito diagnostico. La proposta di ricovero o prescrizione di cure termali deve essere accompagnata dalla specifica motivazione.
4. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche anche in assenza del paziente nel caso di prosecuzione di terapia e di controlli routinari previsti in protocolli assistenziali.
5. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.
6. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione del precedente comma e nel rispetto del disposto della Legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende emanano disposizioni per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 (trenta) giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di scelta.
7. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all'organismo composto dai soggetti individuati al successivo comma 9, deputati a verificare l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.
8. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 7 dal referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da altri due referenti di AFT tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario della Azienda.
9. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
 - a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
 - b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

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

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

ART. 39 – TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.

ART. 40 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSISTENZIALI.

1. La quota parte a carico dell'Azienda Sanitaria del contributo previdenziale in favore del competente Fondo di previdenza è pari al 10,375% di tutti i compensi previsti dal presente Accordo, ivi inclusi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali per i medici di cure primarie per l'attività a ciclo di scelta; per l'attività prestata su base oraria la stessa percentuale è calcolata esclusivamente sul compenso di cui all'articolo xx (Trattamento economico).
2. L'aliquota previdenziale a carico dei medici di cure primarie è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006 n. 296.
3. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cure primarie possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Il medico può confermare tale incremento o ridurlo al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
4. I contributi devono essere versati all'ENPAM trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del trimestre. **Contestualmente le Aziende inviano all'Enpam un report economico diviso per le singole voci del trattamento economico.**
5. 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 del Decreto Legislativo 151/2001, nonché le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,72% (zero virgola settantadue per cento) dei compensi di cui all'articolo xx (Trattamento economico).
6. Con le stesse cadenze previste per il pagamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al comma precedente, affinché provveda in merito.
7. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del comma 5 del presente articolo costituisce parte integrante del costo della convenzione come definita dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

TITOLO III – UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE

ART. 41 – DEFINIZIONE DI UNITA' COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (UCCP)

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione e/o dall'Azienda, con almeno una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi.
2. La UCCP garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione delle reti di professionisti coinvolti, siano essi convenzionati che dipendenti, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo odontoiatri, infermieri, ostetriche, professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.
3. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dalle AFT ai fini dell'erogazione della parte variabile del trattamento economico medici che la compongono. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera UCCP.
4. La UCCP realizza i propri compiti attraverso:
 - a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
 - b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
 - c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.
5. Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano i rapporti fra AFT e UCCP di riferimento nel rispetto, della libertà di scelta del luogo di cura da parte del cittadino.

ART. 42 – IL COORDINATORE DI UCCP.

1. Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra i medici di medicina generale di cui al presente Accordo, la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:
 - a) il coordinatore deve essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per almeno tre anni;
 - b) l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
 - c) il candidato deve aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale.

2. Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:
 - a) collaborazione con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;
 - b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
 - c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
 - d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

3. Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore".

4. Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, nomina e valuta annualmente i risultati del coordinatore di UCCP e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

TITOLO IV – ALTRI SETTORI DI ASSISTENZA MEDICA TERRITORIALE

CAPO I – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 43 – CAMPO DI APPLICAZIONE ED ATTIVITÀ.

1. L'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale, in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e con l'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.5.96.
2. Il personale medico convenzionato per l'espletamento del servizio è incaricato sulla base della graduatoria regionale di cui all'articolo 17 del presente Accordo.
3. Gli Accordi regionali definiscono le modalità organizzative del Servizio di Emergenza sanitaria convenzionata di cui al presente Accordo, sulla base di quanto definito dai successivi articoli del presente Capo.
4. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, a integrazione, nelle attività dei D.E.A./PS e aree afferenti con le collaborazioni di cui al comma 2, dell'articolo 60.
5. Il medico incaricato di emergenza sanitaria opera di norma nelle sottoelencate sedi di lavoro:
 - a) centrali operative;
 - b) postazioni fisse o mobili, di soccorso avanzato e punti di primo intervento;
 - c) PS/D.E.A.
6. Il medico incaricato svolge la propria attività nel contesto del sistema di emergenza, organizzato secondo la normativa nazionale in vigore in materia di emergenza sanitaria.
7. Le Regioni definiscono i canali informativi, le procedure e le modalità dell'aggiornamento continuo del medico dell'emergenza, in materia di protocolli ed indirizzi nazionali e regionali del sistema di emergenza.

ART.44 – ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI.

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura.
2. Individuata la vacanza di incarico, l'Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, come individuati al precedente comma 1.
4. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla data di pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Regione o al soggetto da essa individuato apposita domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'articolo 61 del presente Accordo.
6. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:
 - a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o nelle Aziende di altre Regioni, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento. L'Azienda verifica il possesso dei titoli per l'assegnazione dell'incarico;
 - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.
7. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 6, lettera a) è determinata dall'anzianità di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico.
8. I medici di cui al comma 6, lettera b) sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale vigente.
9. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 6, lettere a) e lettera b) sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.
10. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.
11. La Regione o il soggetto da essa individuato interpella prioritariamente i medici di cui al comma 6, lettera a) in base alla anzianità di servizio; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b) dello stesso comma.

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

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

ART. 46 – COMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti, retribuiti con la quota fissa oraria:
 - a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
 - b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR (Nucleare Biologico Chimico Radiologico) previo svolgimento di apposito corso di formazione predisposto a livello regionale o aziendale;
 - c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;
 - d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.
2. I medici incaricati possono inoltre, sulla base di appositi Accordi regionali ed aziendali:
 - a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;
 - b) essere utilizzati presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;
 - c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio;
 - d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati.
3. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e aggiornamento del personale sanitario.
4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono essere attribuiti compiti di formazione e aggiornamento del personale medico, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.
5. Sulla base di apposita programmazione regionale e aziendale i medici dell'emergenza possono partecipare, secondo Accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.
6. Il medico in turno di servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.
7. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'articolo 63.

ART. 47 – IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA.

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall'articolo 60 i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi. Le linee guida per i corsi sono riportate nell'Allegato R.
2. Le Regioni formulano, sulla base della normativa vigente, il programma di un apposito corso di formazione della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico secondo le norme vigenti.
3. Le Aziende, di norma, quantificano entro il 30 giugno di ogni anno il proprio fabbisogno di personale medico da utilizzare, nell'anno successivo, per le esigenze complessive (incarichi, sostituzioni e reperibilità) dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro il 31 dicembre uno o più corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale.
4. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti i criteri di accesso e modalità di partecipazione al corso.
5. Il corso si conclude con un giudizio di idoneità, o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende Sanitarie.

ART. 48 – SOSTITUZIONI, INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E PROVVISORI – REPERIBILITÀ.

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al responsabile del competente Servizio dell'Azienda per la necessaria sostituzione.
2. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda, già individuata per il personale dipendente, lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza e nei DEA/PS.
3. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni previste dall'articolo 19 deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda.
4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'articolo 58, l'Azienda può conferire incarichi provvisori per 38 ore settimanali, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 7. L'incarico provvisorio non può essere superiore a dodici mesi e cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in relazione a obiettive difficoltà di organizzazione del Servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell'emergenza sanitaria territoriale.
5. Alla scadenza dell'incarico di cui al comma 4, un ulteriore incarico potrà essere conferito dall'Azienda ad un altro medico e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 17, comma 7 o, in mancanza, di quella regionale vigente di cui al presente Accordo. Esaurita la graduatoria, l'incarico potrà essere attribuito al medico precedentemente incaricato.
6. Per esigenze relative a importanti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze sperimentali, le Aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo incarichi a tempo determinato della durata massima di mesi sei, a medici inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 17, comma 7 o, in mancanza, nella graduatoria regionale vigente.
7. Gli incarichi provvisori e a tempo determinato conferiti dall'Azienda ai sensi dei precedenti commi 4 e 6, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 17, comma 7 o, in mancanza, nella graduatoria regionale vigente, purché in possesso dell'attestato di cui all'articolo 61, e secondo l'ordine delle stesse, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.
8. Alla sostituzione del medico sospeso per effetto di provvedimento di cui all'articolo 22, comma 3, lettera c) provvede la Azienda con le modalità di cui al precedente comma 7.
9. Al medico che effettua sostituzione ai sensi del comma 3, al medico con incarico provvisorio di cui al comma 4 e al medico con incarico temporaneo di cui al comma 6 spetta il compenso indicato all'articolo 63, comma 1, lettera A.
10. Considerate le peculiarità del Servizio di Emergenza Territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, l'Azienda organizza, i turni di reperibilità dei medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale.

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

ART. 49 – TRATTAMENTO ECONOMICO – RIPOSO ANNUALE.

1. Il trattamento economico del medico di emergenza sanitaria territoriale è costituito da:
 - A. compenso orario, pari ad Euro 22,46 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente Capo;
 - B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010.
2. Gli Accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 60, commi 2, 3, 4 e 5, nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle relative attività.
3. Fatti salvi gli Accordi regionali in essere alla data di entrata in vigore dell'ACN 23 marzo 2005, al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi esclusi i festivi, da fruirsi per 11 giorni a scelta da parte del medico e per i restanti 10 su indicazione dell'Azienda sulla base delle esigenze di servizio, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a tre volte l'impegno orario settimanale. Qualora sussistano eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale. Il periodo di riposo annuale è commisurato alla durata dell'incarico.
4. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, attribuite temporaneamente dall'Azienda e a garanzia della copertura del servizio, sono retribuite aggiuntivamente secondo le determinazioni previste dagli Accordi regionali.

ART. 50 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. Sul compenso di cui all'articolo 63, comma 1 l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale con quota parte a carico dell'Azienda pari al 10,375%, a favore del competente fondo di previdenza di cui al Decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni. L'aliquota previdenziale a carico del medico è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006 n. 296.
2. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente Capo possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
3. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del D.Lgs. n. 151/2001 ed al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,72% (zero virgola settantadue per cento) sull'ammontare dell'onorario professionale di cui all'articolo 63, comma 1, lettera A da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
4. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma 3 costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.
5. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.
6. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
 - a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
 - b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi Accordi regionali.
7. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 12, comma 4.
8. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti, cagionati da terzi, nel corso della propria attività professionale di istituto.

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

CAPO II – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

ART. 51 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il D.Lgs. 22 giugno 1999 n. 230 come modificato ed integrato dal D.Lgs. 22 dicembre 2000 n. 433, ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria ed assegnato al Servizio Sanitario Nazionale il compito di assicurare alle persone detenute o internate livelli di prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi generali, di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati a livello nel piano sanitario nazionale e regionale.
2. Il presente Capo regola l'attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il SSN operanti nei Presidi Sanitari Territoriali all'interno degli Istituti Penitenziari (di seguito PSTIIPP), a seguito del trasferimento delle funzioni sanitarie e dei rapporti di lavoro al Servizio Sanitario Nazionale disposto dall'articolo 2, comma 283 della L. 24 dicembre 2007 n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.
3. I successivi articoli disciplinano il rapporto di convenzionamento instaurato tra le Aziende Sanitarie ed i medici incaricati del servizio di integrazione dell'assistenza sanitaria (ex SIAS di cui all'articolo 51 della L. 9 ottobre 1970 n. 740), per l'espletamento delle attività afferenti alla medicina generale.
4. Dalla data di entrata in vigore del presente Accordo tali medici assumono la denominazione di medici di assistenza penitenziaria.

ART. 52 - FIGURE MEDICHE E RISPETTIVI COMPITI

1. All'interno dei PSTIIPP a seconda della classificazione prevista dalle normative vigenti (Conferenza Unificata rep. n. 3/CU del 22/01/2015 e GU n. 64 del 18.03.15 e DRG di recepimento regionali) sono identificate le seguenti figure mediche:
 - a) Responsabile del presidio
 - b) Medico/i di riferimento**
 - c) Medico/i tutor
 - d) Medico/i di guardia
2. In ogni PSTIIPP è previsto un solo medico di cui alla lettera a) del precedente comma, cui sono affidati i seguenti compiti:
 - a) Coordinare le attività sanitarie che si svolgono all'interno del PSTIIPP
 - b) Favorire l'integrazione delle stesse nella rete dei servizi sanitari regionali
 - c) Tenere i contatti con la Direzione dell'Istituto
 - d) Raccordarsi con l'Azienda Sanitari di riferimento
 - e) Fornire prestazioni medico legali al personale della Polizia Penitenziaria
3. Per ricoprire la funzione di cui al comma precedente requisiti indispensabili sono:
 - a) Il possesso della specializzazione o corsi di perfezionamento universitario in Medicina penitenziaria , Management Servizio Sanitario penitenziario , Infettivologia Penitenziaria , Psichiatria Penitenziaria;
 - b) Disponibilità a rapporto esclusivo con massimale orario nella medicina penitenziaria, fatto salvo coloro che sono già in organico alla data di pubblicazione del presente accordo
4. Al fine di favorire la creazione di un rapporto di fiducia fra medico e paziente ove possibile A seconda del numero dei detenuti possono essere presenti nell'IP, oltre al Responsabile di presidio uno o più medici di cui alla lettera b) del precedente comma 1. Ogni detenuto può scegliere un medico di fiducia tra quelli operanti all'interno del presidio, escluso il Responsabile del presidio. Sulla base della numerosità dei detenuti in ogni presidio sarà stabilito un massimale per ciascun medico di riferimento. Il medico di riferimento deve garantire la sua presenza secondo orari definiti, di durata compresa fra minimo due e massimo quattro ore al giorno, sabato e festivi esclusi prendendo in carico i detenuti che lo hanno scelto
5. Qualora per motivi logistici non sia possibile la libera scelta , viene istituito il medico di reparto o di sezione (medico tutor di cui alla lettera c) del precedente comma 1), che dovrà garantire una presenza quotidiana escluso prefestivi e festivi, in orari definiti, di durata compresa fra un minimo di due a un massimo di quattro ore e si farà carico dei detenuti allocati nel reparto assegnato.
6. L'orario svolto come medico di riferimento , in analogia col ruolo unico previsto nel nuovo ACN, può essere cumulato con quello del medico di guardia fino ad arrivare al massimale orario settimanale , ma l'attività svolta come medico di guardia non può coincidere con l'orario di ambulatorio .
7. Il medico di riferimento o il tutor deve garantire nell'ambito dell'orario , che dovrà essere portato a conoscenza della popolazione ristretta nell'istituto penitenziario , la visita medica a tutti i pazienti che ha in carico che avranno fatto la prenotazione o che la richiedano e dovranno partecipare attivamente alla medicina di iniziativa (CCM), dovrà inoltre programmare controlli annuali sulle condizioni fisiche del paziente in carico oltre a quanto previsto **all'art. xx(compiti)**

8. In ogni Presidio deve essere prevista la presenza costante di almeno un medico di guardia nelle 24 ore, in tutti i giorni della settimana. Il medico di cui alla lettera d) del precedente comma 1 durante la presenza in servizio deve garantire:
 - a) Interventi di emergenza urgenza
 - b) Visite per i nuovi ingressi
 - c) Nulla osta alle traduzioni
 - d) Visita quotidiana ai soggetti scioperanti della fame , sete ed altre eventualità
 - e) Visita quotidiana ai soggetti con esclusione delle attività in comune
 - f) Attività di medicina generale per tutti i detenuti negli orari in cui non è presente il medico di riferimento
 - g) Presenziare durante i prelievi ematici
 - h) Visite ai soggetti con misure sanitarie di sorveglianza
9. Il medico di cui alla lettera d) del precedente comma 1 opera sulla base di incarichi minimi di 24 ore settimanali.

ART. 53 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI.

1. Ogni anno, entro il 31 marzo le Aziende, d'intesa con il direttore sanitario del PSTIIPP e le OOSS maggiormente rappresentative, identificano le figure necessarie fra quelle indicate al **comma 1 dell'art. XX** e i relativi monte orari, sulla base di quanto stabilito dalla programmazione Regionale e dall'accordo della CU Stato Regioni pubblicato nella GU nel marzo 2015, al fine della individuazione di eventuali carenze.. Le ore sono dichiarate carenti dopo aver verificato la possibilità di assegnarle ai medici già titolari di incarico a tempo indeterminato nel presidio stesso.
2. Entro il 31 gennaio dell'anno successivo l'Azienda pubblica sul BUR gli incarichi carenti di cui al comma precedente.
3. I medici interessati, entro 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione di cui al comma 2, presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati.
4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:
 - a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno a titolo di trasferimento. 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 che siano in possesso dell'attestato di superamento del corso BLS.
5. L'azienda formula una graduatoria sulla base dei titoli di cui **all'Allegato S** In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 4, sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.
6. L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui al comma 4, lettera a) in base all'anzianità totale di servizio effettivo di assistenza penitenziaria; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b) dello stesso comma.
7. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.
8. L'Azienda provvede alla convocazione, secondo modalità dalla stessa definite, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.
9. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono essere risolte secondo quanto previsto all'articolo dall'articolo 4 del presente ACN. Ai medici operanti all' interno di PSTIIPP si applicano le deroghe previste dalla legge 740/70 e successive integrazioni (legge n. 296 del 12/08/1993), salvo rinuncia da parte degli stessi
10. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

ART. 54 – MASSIMALE ORARIO E SUE LIMITAZIONI

1. Ai medici già operanti all'interno del PSTIIPP alla data di entrata in vigore del presente accordo, si applicano le deroghe previste dalla legge 740/70 e successive integrazioni (legge n. 296 del 12/08/1993), salvo rinuncia da parte del medico interessato.
2. Ai medici sono conferibili orari di attività da un minimo di 24 ore settimanali fino a un massimo di 38 ore settimanali, in relazione all'incarico ricoperto e alle esigenze del PSIIPP. Il monte orario settimanale deve essere specificato nella lettera di incarico.
3. Non sono considerate in tale computo le ore di attività svolte all'esterno del PSIIPP,
4. L'azienda qualora si rendano disponibili orari di attività per cessazione degli incarichi a tempo indeterminato o per ampliamento del servizio, interpella prioritariamente i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato nel PSTIIPP con un orario settimanale inferiore a 38 ore, dando la precedenza ai medici con maggiore anzianità di incarico, per offrire loro le ore fino al raggiungimento del massimale orario settimanale. A parità di anzianità di incarico prevalgono nell'ordine la minore età, voto di laurea e anzianità di iscrizione all'ordine. L'incremento di orario avverrà su adesione volontaria all'offerta.

ART. 55- COMPITI E DOVERI GENERALI DEL MEDICO

1. Il Medico titolare di incarico nell'ambito dei presidi sanitari all'interno degli IIP deve:
2. Attenersi alle disposizioni contenute nel presente accordo e a quelle per il buon funzionamento del servizio per il perseguimento dei fini istituzionali
3. Partecipare attivamente alla medicina di iniziativa all'interno del PSTIIPP
4. Osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico
5. Prestare la propria opera professionale secondo la deontologia professionale, delle direttive europee e dell'OMS previste per le persone soggette a regime in privazione della libertà
6. Attenersi alle disposizioni generali e particolari emanate dall'Azienda competente per territorio e dal responsabile del presidio sanitario
7. il medico deve partecipare, salvo gravi impegni e con un massimo di due assenze nel corso dell'anno, alle riunioni di aggiornamento obbligatorie con le modalità previste al punto Q
8. Collaborare con la Dirigenza Sanitaria dell'azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del SSN
9. Partecipare ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli accordi regionali e aziendali
10. Utilizzare, dove disponibile, la cartella clinica informatizzata
11. Inoltre il medico deve:
 - a) Il medico di turno non può lasciare il posto di lavoro fino a cambio turno, provvedendo, in caso di cambio non effettuato, a contattare il medico reperibile e lasciando le consegne al collega su apposito registro cartaceo o informatico

- b) A seguito dell'inosservanza dell'orario vengono retribuite le ore effettivamente svolte. Non sono ammesse inadempienze ingiustificate nel rispetto del monte ore assegnate che superino il 20 % per tre volte
12. Le Aziende provvedono al controllo dell'osservanza dell'orario con procedure uguali a quelle in vigore per il personale dipendente
13. Ripetute e non occasionali infrazioni in materia di orario di lavoro e di rispetto dei compiti previsti dal presente capo potranno essere contestate al medico secondo le procedure di cui all'articolo 3 del presente accordo

ART: 56 – TRASFERIMENTI

1. Il trasferimento dei medici fra aziende della stessa regione o regioni diverse, può avvenire a domanda del medico o per esigenze di servizio motivate
2. Per il trasferimento a domanda l'interessato deve fare contestuale richiesta alle aziende di provenienza e destinazione
3. L'azienda di destinazione deve dare comunicazione al Comitato Aziendale della disponibilità del posto da ricoprire mediante l'accoglimento della richiesta di trasferimento, nel caso di più medici interessati, prevale la posizione del medico che svolge l'attività di cui al presente accordo in via esclusiva, in subordine l'anzianità di incarico, voto di laurea, anzianità di laurea e minore età
4. Se possibile, in relazione alla disponibilità oraria, il medico è trasferito all'Azienda di destinazione con il medesimo numero di ore di cui era titolare nell'azienda di provenienza
5. Le Aziende fatte salve quanto previsto in materia di riduzione di orario (punto E) possono attivare modifiche delle sedi di attività dei medici, con mantenimento dell'orario complessivo e del compenso mensile, all'interno dell'Azienda nell'ambito di accorpamenti di sedi funzionali ad una migliore organizzazione dei servizi territoriali, d'intesa con i sindacati firmatari del presente accordo
6. I trasferimenti di ufficio devono essere giustificati o dall'opportunità di unificare in una sola zona le prestazioni del sanitario, concentrazione o soppressione dei servizi, nel rispetto dei criteri generali in materia di mobilità concordati a livello aziendale con i sindacati firmatari del presente accordo
7. Nel caso di trasferimenti di ufficio al medico viene assicurato il mantenimento del numero di ore di attività già assegnato

ART: 57 – SOSTITUZIONI

1. Alle sostituzioni dei medici penitenziari incaricati a tempo indeterminato che per giustificato motivo si assentino dal servizio per periodi superiori a 15 gg continuativi, l'azienda provvede assegnando incarichi provvisori, prima interpellando i medici in servizio nel rispetto del massimale orari e qualora non vi sia disponibilità attingendo **all'apposita graduatoria aziendale**
2. Per periodi di assenza inferiori a 15 gg la copertura del servizio può essere garantita dai medici operanti nel PSIIIPP, se disponibili, in deroga al massimale orario assegnato, in caso di indisponibilità si applica il comma 1 del seguente articolo
3. Viene istituita la reperibilità per i medici di guardia onde sopperire ad assenze improvvise e non prevedibili, un 'ora prima e un'ora dopo il cambio turno
4. L'incarico di sostituzione ha durata per tutto il periodo di assenza del medico titolare per garantire una adeguata continuità assistenziale
5. L'incarico di sostituzione cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare a tempo indeterminato
6. Alla scadenza, un ulteriore incarico potrà essere conferito dall'azienda valutando prioritariamente una ulteriore proroga di sei mesi per garantire una adeguata assistenza continuativa o ad altro medico con le modalità previste ai punti precedenti
7. Tranne che per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico, sindacale o quant'altro previsto nell'ACN della Medicina Generale , per assenze superiori a sei mesi nel triennio, anche se non continuativi , per motivi non previsti nell'ambito del presente ACN , l'Azienda sentito il Comitato Aziendale , si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini di una eventuale risoluzione del rapporto convenzionale
8. Al medico sostituito spetta lo stesso trattamento economico del medico titolare escluso l'indennità di anzianità.

ART. 58 – ASSENZE NON RETRIBUITE

1. Il medico può chiedere la sospensione dell'incarico per:
 - a. Gravi motivi famigliari e lutti famigliari
 - b. Motivi di studio al di fuori della formazione obbligatoria
 - c. Partecipazione a operazioni umanitarie con ONG o altri enti riconosciuti sia in Italia che all'estero
 - d. In caso di precettazione da parte delle forze armate e ausiliarie delle forze armate o nella protezione civile
 - e. Congedo matrimoniale con limite massimo secondo le disposizioni in materia
 - f. Gravidanza secondo le disposizioni in materia
 - g. Incarichi istituzionali
 - h. Aspettativa per sei mesi all'anno per non più di due volte nell'arco di tre anni
2. La richiesta di sospensione dell'incarico deve essere inoltrata all'Azienda competente con almeno 30 gg di preavviso, se non dettata da carattere di urgenza (comma a, c , d) per dare tempo all'azienda di provvedere alla copertura delle ore che rimangono scoperte
3. Nessun compenso è dovuto al medico durante la sospensione dell'incarico

ART.59 – ASSENZE RETRIBUITE, MALATTIA, INFORTUNI E TUTELA MEDICO LEGALE

1. Visto la particolarità dell'incarico in un ambiente altamente usurante e a rischio fisico, il medico con incarico a tempo indeterminato ha diritto a 30 gg lavorativi retribuiti irrinunciabile ,di riposo all'anno , anche non continuativi
2. Di questi 15 sono stabiliti dall'azienda e 15 scelti dal medico
3. Il medico entro il 31 gennaio dell'anno in corso dovrà comunicare il piano ferie , le sostituzioni avverranno nelle modalità previste al punto I) comma 1 e 2
4. Il medico titolare di convenzione è tutelato per malattia o infortunio (anche in itinere) attraverso una polizza assicurativa a carico dell'azienda che garantisca in caso di malattia o infortunio sul lavoro il percepimento dello stipendio relativo alla media dei tre mesi lavorativi antecedenti e un massimale di 1.500.000 euro per invalidità permanente o morte
5. Suddetta polizza a carico dell'azienda di riferimento è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari del presente accordo entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo
6. L'Ufficio Legale Aziendale provvede alla tutela legale per tutte le controversie di carattere sanitario da parte dei detenuti

ART. 60 – TRATTAMENTO ECONOMICO

1. Per l'attività svolta ai sensi del presente Capo è corrisposto un compenso orario lordo pari ad Euro 22,46 al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda. Tale quota oraria è negoziata a livello nazionale.
2. Al compenso orario possono essere aggiunte:
 - a) Indennità di rischio: compenso orario aumentato del 5% (1,13 euro)
 - b) Anzianità di incarico: 1 euro l'ora in più con scatti triennali con inizio dalla stipula del presente ACN
 - c) Compenso forfettario mensile per il medico responsabile dei turni: euro 100
 - d) Turni notturni (22 - 6) e festivi compenso orario aumentato del 10 % (2,25 euro)
 - e) Turni notturni festivi (22 - 6) compenso orario aumentato del 20 % (4,50 euro)
 - f) Turni grandi festivi compenso orario aumentato del 30% (6,75 euro), vedi nota 1
 - g) Indennità zone disagiate, quali le isole minori nella misura del 10 % (4 euro)
 - h) Compenso orario maggiorato del 10% per coloro che scelgono il rapporto esclusivo (4 euro) con tredicesima pari a una mensilità base (38 ore settimanali).
 - i) Per garantire la continuità del servizio in caso di improvvisa indisponibilità viene istituito un servizio di reperibilità retribuito in forma forfettaria in XX euro lorde per turno di reperibilità.
3. Compensi aggiuntivi per responsabile PSTIIPP, riconosciuti a seconda della classificazione delle stesse prevista dalla Conferenza Unificata rep. n. 3/CU del 22/01/2015 , GU n. 64 del 18.03.15 e relative delibere regionali di recepimento della stessa):
 - a) Servizio medico di base: euro 300 mese
 - b) Servizio medico multiprofessionale integrato: euro 500 mese
 - c) Servizio medico Multiprofessionale integrato con sezione specialistica: euro 800 mese
 - d) Servizio medico Multiprofessionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di Assistenza Intensiva (S.A.I.): euro 1200 mese
4. Come da accordo della CU Stato regioni del 2010 vanno garantite le prestazioni medico legali al personale della Polizia Penitenziaria con la corresponsione di una indennità da strutturare in base al numero del personale in servizio
 - a) Fino a 150 unità : 200 euro mensili
 - b) Da 151 a 300 unità : 300 euro mensili
 - c) Da 301 a 450 unità : 400 euro mensili
 - d) Da 451 a 600 unità : 500 euro mensili
 - e) Sopra le 500 unità : 700 euro mensili
5. Gli Accordi regionali regolamentano le attività di cui al presente capo, in relazione alla complessità della struttura penitenziaria e ad eventuali ulteriori compiti, nell'ambito delle risorse regionali disponibili e senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 61 - CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONI

1. Per i contributi previdenziali si applicano le disposizioni previste all'art. 48 (EST)

Nota 1

Grandi festività : 1 gennaio , 6 gennaio , Pasqua , Lunedì dell'Angelo , 25 aprile , 1 maggio , 15 agosto, 24 dicembre (20-8) , 25 e 26 dicembre , 31 dicembre (20-8)

Nota 2

Orario di presenza medico di riferimento o tutor

- Detenuti n carico fino a 100 : 2 ore giorni feriali
- Detenuti in carico fino a 200 : 3 ore giorni feriali
- Detenuti in carico superiore a 200 : 4 ore giorni feriali

CAPO III – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 62 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

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

ART. 63 – MASSIMALE ORARIO, VARIAZIONI E LIMITAZIONI. .

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

ART. 64 – COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI. .

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

ART. 65 – TRASFERIMENTI – DISPONIBILITÀ.

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

ART. 66 – SOSTITUZIONI.

1. L'Azienda può provvedere alla sostituzione dei medici assenti secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'articolo 17, comma 7, o, in mancanza, di quella regionale vigente, di cui al presente Accordo, con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda.
2. La sostituzione cessa al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato.
3. Al medico sostituito spetta il trattamento economico di cui all'articolo x, comma x, lettera x,

ART. 67 – PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO.

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

ART. 68 – ASSENZE PER MALATTIA E GRAVIDANZA.

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

ART. 69 – ASSENZE NON RETRIBUITE.

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

ART. 70 – TRATTAMENTO ECONOMICO – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto il trattamento economico già previsto ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., senza alcun ulteriore onere a carico della finanza pubblica. Il trattamento economico è così articolato:
 - A. compenso professionale già previsto dall'articolo 14, Allegato N al D.P.R. n. 270/2000:
 - I) compenso orario pari ad Euro 13,20 (tredici/20) per ogni ora di attività. Tale compenso è comprensivo degli incrementi previsti dall'ACN 23 marzo 2005;
 - II) incrementi di anzianità di cui all'articolo 20, comma 1, lettera a) e lettera c), D.P.R. n. 218/1992, calcolati alla data del 29 febbraio 1996, compreso il maturato economico alla stessa data con gli incrementi percentuali del 2,3% per l'anno 1999 e del 1,4% per l'anno 2000 mantenuti dai singoli interessati;
 - III) per l'attività svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle ore 6, il compenso orario predetto è maggiorato nella misura del 30%. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 50%;
 - IV) compenso aggiuntivo determinato con i criteri di cui all'articolo 20, comma 1, lettera b) (b2 e b3), del D.P.R. n. 218/1992 (quote mensili di carovita), nella misura corrisposta al 31 dicembre 1997, incrementata del 2,3% dal 1° gennaio 1999 e del 1,4% dal 1° gennaio 2000;
 - V) indennità di piena disponibilità ai medici che svolgono esclusivamente attività ai sensi del presente Accordo, salvo la libera professione di cui all'articolo xx, per ogni ora risultante dalla lettera di incarico, Euro 0,61;
 - VI) indennità chilometrica. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta, qualora si avvalgano del proprio automezzo per spostamenti dovuti allo svolgimento di attività al di fuori dei presidi della Azienda, un rimborso pari ad 1/5 del prezzo della benzina per ogni chilometro percorso, nonché adeguata assicurazione dell'automezzo;
 - VII) per visite fiscali a carico del datore di lavoro richiedente, al medico che effettua la visita spettano per gli spostamenti i corrispettivi indicati dal Ministero del lavoro da porsi a carico del datore di lavoro e ricevuti dalla Azienda, sempre che il mezzo di trasporto sia stato fornito dal medico stesso;
 - VIII) per lo svolgimento dei compiti previsti dall'articolo 46, comma 5 è corrisposto un compenso per ogni ora incarico pari ad Euro 1,15 non valutabile ai fini della determinazione del premio di operosità;
 - B. incremento del compenso orario di cui al comma 1, lettera A, punto I) pari ad Euro 0,99 da 1° gennaio 2008 ed Euro 0,43 dal 1° gennaio 2010;
 - C. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010.
2. I compensi di cui al comma 1 sono corrisposti entro la fine del mese successivo a quello di competenza. Ai soli fini della correntezza del pagamento si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

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

ART. 71 – RIMBORSO SPESE DI ACCESSO.

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

ART. 72 – PREMIO DI COLLABORAZIONE.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario di cui all'articolo 52, comma 1, lettera A, punti I), II), IV) e V).
2. Detto premio è liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.
3. Al medico che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio viene calcolato e liquidato all'atto della cessazione del servizio.
4. Il premio di collaborazione non compete al medico nei cui confronti sia stato adottato il provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi disciplinari.

ART. 73 – PREMIO DI OPEROSITÀ.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione del rapporto convenzionale un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato; a tal fine non sono computati tutti i periodi di assenza dal servizio non retribuiti ai sensi del presente Capo.
2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.
3. Il premio di operosità è calcolato sul compenso professionale di cui all'articolo 52, comma 1, lettera A, punti I), II) e V) e sul premio di collaborazione di cui all'articolo 54, nonché in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al D.P.R. n. 884/84 che qui si intendono integralmente richiamati.
4. Ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

ART. 74 – ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL'INCARICO.

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

NORME FINALI

Norma finale n. 1

In deroga all'articolo 18, comma 1, lettera a), ai medici incaricati di medicina penitenziaria con rapporti instaurati ai sensi della Legge 9 ottobre 1970 n. 740; ai medici di Polizia ed ai medici militari in SPE di cui all'articolo 6-bis del D.L. 24 aprile 1997 n. 198 convertito con modifiche nella Legge 20 giugno 1997 n. 174 è consentito il mantenimento o l'acquisizione di un incarico ai sensi del presente Accordo, nel rispetto dell'orario massimo settimanale, con possibilità di svolgere attività di medico di cure primarie a ciclo di **scelte fino ad un massimo di 400 assistiti**

Norma finale n. 2

Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'articolo x, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico di cure primarie nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'articolo 29, comma 12, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio, previa presentazione, unitamente alla relativa domanda di assegnazione dell'incarico, del titolo di formazione specifica, con l'attribuzione del relativo punteggio.

Norma finale n. 3

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

Norma finale n. 4

1. La formazione dei Collaboratori di studio è riconosciuta essere una priorità ad alto valore aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale ed un investimento strategico per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale nei confronti dei cittadini.
2. L'Assistente del medico di Famiglia è un lavoratore che svolge mansioni d'ordine ed attività con autonomia esecutiva che richiedono specifiche conoscenze e particolari capacità tecniche e pratiche il cui possesso è comprovato da specifici percorsi formativi indicate nell'allegato tecnico del relativo CCNL per il personale degli studi professionali.
3. Ogni medico di medicina generale per l'espletamento dei compiti individuali e di quelli connessi con la appartenenza alla AFT può essere coadiuvato da proprio personale appositamente formato.
4. Il personale di cui al comma precedente deve essere inquadrato con la qualifica di "Assistente di studio medico di famiglia" (ASMF), secondo il profilo professionale presente nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) per il personale degli studi professionali ai livelli IV, IVS e III.
5. Il personale di studio potrà essere assunto tramite il citato CCNL:
 - d) direttamente al livello iniziale IV S in quanto già in possesso dello specifico attestato di formazione rilasciato nelle modalità previste dal citato CCNL

- e) come “Collaboratore di studio” livello IV del citato CCNL e poi inserito nel percorso formativo specifico per l’ottenimento della qualifica di ASMF
 - f) con l’istituto dell’Apprendistato professionalizzante quando ne ricorrano le condizioni e sulla base di accordi regionali sottoscritti tra le parti per essere inquadrato al termine del percorso al livello IV S quale ASMF
6. 5. L’assunzione del personale di cui al comma 3 del presente articolo può essere effettuata dal singolo medico di medicina generale o dalla società cooperativa di servizio dell’AFT nel rispetto di quanto previsto all’art. XX del presente accordo.

Norma finale n. 5

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

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

I medici titolari di incarico a tempo indeterminato di medicina dei servizi territoriali, che al momento dell'entrata in vigore del presente ACN abbiano un concomitante incarico di medico di Assistenza primaria o di Continuità assistenziale ai sensi dei precedenti ACN, in caso di superamento dell'orario complessivo settimanale di 38 ore, devono optare per uno dei due incarichi entro 6 mesi dalla data della comunicazione da parte dell'Azienda.

Norma transitoria n. 2

I medici già titolari di incarico convenzionale presso gli istituti penitenziari (ex SIAS) che al momento dell'entrata in vigore del presente ACN abbiano un concomitante incarico ai sensi dei precedenti ACN di medicina generale (medico di assistenza primaria o continuità assistenziale, medico della medicina dei servizi territoriali) in caso di raggiungimento dell'orario complessivo settimanale di 38 ore, devono optare per uno dei due incarichi entro 6 mesi dalla data della comunicazione da parte dell'Azienda.

Norma transitoria n. 3

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

Norma transitoria n. 4

Fino all'entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali, per l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato di medico medicina generale si applicano rispettivamente gli articoli 34 e 63 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 5

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

Norma transitoria n. 6

Fino alla individuazione del referente di AFT il soggetto competente ai sensi dell'articolo 22, comma 5, lettera a) è il componente dell'UPD in rapporto di convenzionamento di cui all'articolo 22, comma 5, lettera b) del presente Accordo.

Norma transitoria n. 7

Fino alla costituzione del fondo di AFT ai medici aventi diritto continuano ad essere riconosciuti i compensi e le indennità di cui all'articolo 42, comma 2, lettera D, punto II nella misura e secondo i criteri di cui all'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 8

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

Norma transitoria n. 9

I medici, già titolari di concomitante incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale alla data di entrata in vigore del presente Accordo, conservano i predetti incarichi anche in deroga al massimale di cui all'articolo 33, comma 7, nel limite fissato dall'articolo 65, comma 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a verbale n.1

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

Dichiarazione a verbale n. 2

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

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

Dichiarazione a verbale n. 3

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

Dichiarazione a verbale n. 4

La legge 740/70 e successive integrazioni (DLgs 296 dell'agosto 1993) rimane valida per tutti i medici operanti nei PSTIIPP , anche dopo il DPCM aprile 2008 come stabilito dalla sentenza n. 76 della Corte Costituzionale nel 2015

Dichiarazione a verbale n. 5

Al momento attuale non è prevista una specializzazione in medicina penitenziaria o un corso di formazione specifico, per cui i medici in possesso di attestati di perfezionamento post universitari conseguiti in precedenza e presso sedi universitarie (Medicina Penitenziaria, Infettivologia Penitenziaria, Psichiatria Penitenziaria, Infettivologia Penitenziaria) vengono assimilati alla specializzazione. In analogia a quanto previsto per altro personale sanitario sono equiparati anche i medici in servizio presso i PSTIIPP per un periodo continuativo di cinque anni dall'emanazione del presente ACN

Dichiarazione a verbale n. 6

I medici operanti nei PSTIIPP in servizio a qualunque titolo, alla data della stipula del presente accordo e nelle regioni a statuto speciale alla data di recepimento del DPCM dell'aprile 2008, considerato il ritardo del suo recepimento, sono confermati nell'incarico con l'applicazione di quanto previsto dal seguente accordo.

Dichiarazione a verbale n. 7

I medici incaricati , definitivi o provvisori , in servizio alla data di emanazione del presente accordo, e nelle regioni a statuto speciale ,alla data di recepimento del DPCM dell'aprile 2008, considerato il ritardo del suo recepimento, entro trenta gg dall'entrata in vigore del seguente accordo hanno la possibilità di optare per il mantenimento della 740/70 o del nuovo ACN , di tale possibilità la USL di competenza deve portare a conoscenza i diretti interessati chiedendo apposita dichiarazione da parte del medico .

I medici incaricati , definitivi o provvisori , transitati nel SSN con il DPCM del 1/4/08 , che optano per il mantenimento della 740/70 sono collocati in un apposito elenco , fino alla naturale scadenza o a seguito di dimissioni volontarie , qualora ricoprono l'incarico di Responsabile di Presidio hanno diritto alla corresponsione delle indennità previste al punto R) comma a e indipendentemente dall'incarico la corresponsione degli incrementi contrattuali biennali (2,5 %) previsti dalla 740/70 citati nelle “ Linee di indirizzo per il trasferimento dei rapporti di lavoro nel SSN del personale sanitario operante in materia di sanità penitenziaria soggette ad applicazione in sede regionale in coerenza con l'assetto organizzativo per l'erogazione della funzione trasferita “ della CU stato regioni del luglio 2009 , finora rimasta inapplicata , con decorrenza dal 2008

Dichiarazione a verbale n. 8

Gli ex medici SIAS transitati al SSN in servizio al 01/04/2008 sono posti in un apposito elenco a scadenza naturale (vedi dichiarazione a verbale n. 9 ed è data loro la possibilità di optare per la 740/70 o per l'attività in esclusiva, mantenendo l'anzianità di incarico con decorrenza dal momento dell'assegnazione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria).

Dichiarazione a verbale n. 9

L'incarico conferito a seguito del presente ACN può cessare per procedimenti disciplinari, volontariamente o in automatico al compimento del 70° anno di età.

ALLEGATI

ALLEGATO A: MODULI

A1,

A2

A3

ECC.

ALLEGATO B: TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria regionale unica, con relativo punteggio, che possono aggiungersi ai requisiti minimi di accesso, sono elencati qui di seguito:

I - Titoli accademici e di studio:

- a) diploma di laurea conseguito con il massimo dei voti (con o senza lode): **p. 1,00**
- b) diploma di laurea conseguito con voto da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: **p. 0,50**
- c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: **p. 0,30**
- d) 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, e di cui al D.L.vo n. 277/2003: **p. 7,20**

II - Titoli di servizio

- a) attività, sia a tempo indeterminato che determinato (*inserire poi riferimento ad art. incarico provv., art. 16 dell'ACN vigente*), di medico di medicina generale di cui al presente accordo, comprese quelle di assistenza primaria e di continuità assistenziale di cui ai precedenti AACCN per la medicina generale 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: **p. 0,20**
- b) Attività di sostituzione per il ruolo unico la medicina generale, comprese quelle di assistenza primaria e di continuità assistenziale di cui ai precedenti AACCN per la medicina generale, dovute ad attività sindacale del titolare anche se di durata inferiore a 5 giorni: per ciascun mese complessivo: **p. 0,20**
Il punteggio è elevato a **0,30** per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;
- c) Titolare di incarico a tempo determinato in relazione a quanto previsto per la fattispecie di anticipazione di quiescenza secondo il disposto di cui alla norma finale/articolo xy: per ciascun mese complessivo **p. 0,30**
- ⊕ Attività di sostituzione per il ruolo unico della medicina generale, comprese quelle di assistenza primaria e di continuità assistenziale di cui ai precedenti AACCN per la medicina generale, solo se svolte per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi.

- e) Servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale convenzionata ai sensi dei precedenti AACCNN per la medicina generale: per ogni mese di attività: **p. 0,20**
 - f) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi di cui ai precedenti AACCNN della Medicina Generale: per ogni mese di incarico: **p. 0,20**
 - g) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate di cui ai precedenti AACCNN della Medicina Generale per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: **p. 0,10**
 - h) Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale convenzionata, ai sensi dei precedenti AACCNN della medicina generale: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: **p. 0,05**
 - i) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo **p. 0,20**
 - j) Medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: per ciascun mese: **p. 0,05**
 - k) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo per ogni mese di attività: **p. 0,20**
 - l) Servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'art 8 della Legge 24 ottobre 2000 n.323), equiparato all'attività di continuità assistenziale di cui ai precedenti AACCNN della medicina generale, per ogni mese complessivo di attività: **p. 0,20**
 - m) Servizio effettivo di medico di medicina generale svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo **p. 0,20**
2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo 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.
 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, compreso il corso di formazione specifica in medicina generale ed i corsi di specializzazione, ~~non~~ sono valutabili e cumulabili anche se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo.
 4. I titoli di servizio possono determinare un punteggio massimo annuo pari a 2,4. Nei casi di cui al Titolo II lettera a e lettera b) il tetto è elevato ad un massimo di 3,6 annui.
 5. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma xx sono ulteriormente graduati nell'ordine di minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea
 6. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo
 7. Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di medicina generale rilevati, secondo le procedure di cui al presente Accordo, le Regioni, fatto salvo il disposto di cui all'art. xx, comma x, lettera x) ("Art. Copertura ambiti carenti" – ex art. 34, comma2) lettera a)), riservano nel proprio ambito una percentuale:
 - a) dell'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 e di cui al D.L.vo n. 277/2003 e dei

medici iscritti e frequentanti il III anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con riserva di superamento dell'esame finale.

b) una percentuale del 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

8. Gli aspiranti alla assegnazione degli incarichi vacanti di medicina generale possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione, dichiarando all'atto della relativa domanda di assegnazione degli incarichi, la riserva per la quale intendono concorrere. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di medicina generale spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva di aspiranti.
9. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 7 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.

ALLEGATO C: PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEI RAPPORTI OTTIMALI E DEL FABBISOGNO SETTIMANALE DI ATTIVITA' ORARIA

A. Rapporto ottimale di cui all'art. 17 comma 6

Si procede nel modo seguente:

1. Si verifica la numerosità della popolazione anagraficamente residente nell'Azienda sanitaria alla data del 31dicembre dell'anno precedente; qualora sia stato stabilito un rapporto ottimale diverso in diverse zone il calcolo si effettua separatamente per ciascuna zona, unendo quelle con rapporto ottimale omogeneo.
2. Alla popolazione individuata si sottrae quella di età compresa fra 0 e 14 anni;
3. Così è stato calcolato il numero di residenti utile al calcolo del rapporto ottimale;
4. A parte si moltiplica per 1.000, o per il diverso valore stabilito dalla Regione, il numero dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato di medicina generale a ruolo unico nell'ambito di cui al precedente punto A1;
5. Al valore di cui al precedente punto A3 si sottrae quello ottenuto al punto A4;
6. Il valore ottenuto al punto A5 si divide per 1.000, o per il diverso valore stabilito dalla Regione, e si ottiene il numero delle carenze da pubblicare;
7. Se il resto della divisione di cui al punto A6 è superiore a 500, o alla metà del diverso valore stabilito dalla regione, si aggiunge un'ulteriore carenza a quelle individuate al punto A6.

B. Rapporto ottimale di cui all'art. 17 comma 7

Si procede nel modo seguente:

1. Si verifica la numerosità della popolazione anagraficamente residente nell'ambito di scelta alla data del 31dicembre dell'anno precedente;
2. Da tale dato si detrae la popolazione che al 31 Dicembre dell'anno precedente, pur anagraficamente residente nell'ambito territoriale, ha effettuato la scelta del medico in altro ambito e si aggiunge la popolazione non residente che ha effettuato la scelta nell'ambito.
3. Dal risultato del precedente calcolo si detrae la popolazione in età compresa fra 0 e 14 anni;
4. Il numero risultante dal precedente calcolo è quello utile al fine dell'applicazione del rapporto ottimale;
5. A parte si moltiplica per 1.200, o per il diverso valore stabilito dalla Regione, il numero dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato di medicina generale già abilitati all'acquisizione delle scelte nell'ambito di cui al precedente punto B1;
6. Al valore di cui al precedente punto B3 si sottrae quello ottenuto al punto B5;
7. Il valore ottenuto al punto B5 si divide per 1.200, o per il diverso valore stabilito dalla Regione, e si ottiene il numero dei medici da abilitare all'acquisizione delle scelte;
8. Se il resto della divisione di cui al punto B7 è superiore a 600, o alla metà del diverso valore stabilito dalla regione, si aggiunge un'ulteriore abilitazione a quelle individuate al punto B7.

C. Fabbisogno di attività oraria settimanale di cui all'art. 17 comma 9

1. Si verifica la numerosità della popolazione anagraficamente residente nell'Azienda sanitaria alla data del 31dicembre dell'anno precedente; qualora sia stato stabilito un rapporto ottimale diverso in diverse zone il calcolo si effettua separatamente per ciascuna zona, unendo quelle con rapporto ottimale omogeneo.
2. Si divide il valore di cui al punto C1 per 5.000 e si moltiplica per 28, o per il diverso valore stabilito dalla Regione;
3. Si è ottenuto così il fabbisogno settimanale di attività oraria dell'Azienda sanitaria;
4. L'80% delle ore settimanali così calcolate sono ripartite fra le AFT in proporzione al numero di scelte in carico; Il 20% può essere assegnato alle AFT con criteri diversi, d'intesa con il Comitato Aziendale.

ALLEGATO D: LINEE GUIDA PER LA PRIMA COSTITUZIONE DELLE AFT

Le ASL, d'intesa con il Comitato Aziendale di cui all'articolo 15, costituiscono le AFT applicando le seguenti procedure e criteri.

1. Individuazione dell'ambito geografico su cui insiste l'attività della/delle AFT (comunale o sovracomunale, intradistrettuale o coincidente col Distretto).
2. L'ambito geografico può:
 - a. coincidere con l'ambito di scelta;
 - b. comprendere più ambiti di scelta;
3. Nello stesso ambito geografico possono operare una o più AFT.
4. Le AFT sono formate dal numero di medici di medicina generale a ruolo unico, di norma 20, necessari ad individuare una popolazione assistita di circa 20.000 cittadini.
5. In ogni AFT devono essere incluse/i:
 - a. le ex medicine di gruppo che operano nell'ambito geografico della AFT;
 - b. i singoli medici sulla base della prevalenza della popolazione assistita nell'ambito geografico individuato come ambito di AFT.
6. Ogni AFT dispone di una dotazione oraria settimanale minima di 128 ore. ricavata dalla seguente proporzione: popolazione assistita dalla AFT moltiplicato il numero delle ore calcolate sulla popolazione residente nell'ambito geografico, secondo quanto previsto dal comma 10, articolo 9 "Rapporti Ottimali", diviso la popolazione residente.

ESEMPIO 1

ESEMPIO 2

7. L'individuazione dei medici a cui affidare l'attività oraria è definita privilegiando:
 - a. i medici che svolgono l'attività di Continuità assistenziale nelle postazioni che insistono sulla popolazione della AFT;
 - b. i medici con rapporto di fiducia all'interno della AFT e incarico di Continuità assistenziale in diverso ambito regionale;
 - c. i medici con doppio incarico che abbiano svolto attività di ex Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale in ambiti geografici diversi, potranno scegliere di lasciare l'ambito dove svolgono l'attività di Assistenza Primaria e optare entro per l'ambito dove svolgono la Continuità Assistenziale.
8. Le AFT, come definite dall'ASL d'intesa con il Comitato Aziendale, sono comunicate ai medici interessati.
9. Entro 30 giorni dal recepimento della comunicazione i medici possono fare richiesta motivata di variazione su cui si esprime, nei successivi 30 giorni, il Comitato Aziendale a insindacabile giudizio.

ALLEGATO E: REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti **dall'art. 37**, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle strutture e degli strumenti professionali di proprietà del medico sostituito, della indisponibilità delle condizioni di carriera del medico sostituito e della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi dovuti al sostituto, di cui al comma 2, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.
4. Ai medici sostituiti spettano i compensi previsti dall'art. 59, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.
5. Il medico sostituto al momento dell'accettazione dell'incarico di sostituzione deve sottoscrivere una dichiarazione di:
 - a) essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria ed in particolare dei contenuti degli artt. **27, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53**, e di assicurarne la puntuale applicazione;
 - b) essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle sue cure;
 - c) conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
 - d) avere preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento.
6. Nella sostituzione di attività orarie il medico sostituito riconosce al sostituto il XX% della quota oraria lorda di cui **all'art. XX**

ALLEGATO F – CODICE ETICO della AFT

ALLEGATO G – SANZIONI DISCIPLINARI.

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

- VI. violazione degli obblighi e compiti, stabiliti da norme legislative o da disposizioni contrattuali, che abbiano comportato danno economico o pregiudizio per l'Azienda;
 - VII. mancata comunicazione tempestiva all'Azienda di essere stato rinviato a giudizio o di avere avuto conoscenza che nei suoi confronti è esercitata l'azione penale;
 - VIII. ottenimento di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, di valore rilevante;
- c) sospensione dall'incarico e dal trattamento economico, per:
- I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato sanzione pecuniaria;
 - II. sistematici e comprovati comportamenti aggressivi o denigratori; minacce, ingiurie gravi, calunnie o diffamazioni nei confronti degli utenti, dei colleghi, dell'Azienda e dei suoi dipendenti;
 - III. ripetute assenze ingiustificate dal servizio o arbitrario abbandono dello stesso; in tale ipotesi l'entità della sanzione è determinata in relazione alla durata dell'assenza o dell'abbandono del servizio, al disservizio determinatosi, alla gravità della violazione degli obblighi del medico, agli eventuali danni causati all'Azienda, agli utenti o a terzi;
 - IV. comportamento gravemente negligente od omissivo nella tenuta del Fascicolo Sanitario Elettronico e della restante documentazione sanitaria connessa all'espletamento della sua attività da cui sia derivato un danno per l'Azienda o per terzi;
 - V. violazione delle norme di legge in materia di prescrizione di farmaci o persistente inappropriata clinica nell'attività prescrittiva;
 - VI. testimonianza falsa o reticente nell'ambito di procedimenti disciplinari;
 - VII. responsabilità in alterchi con ricorso a vie di fatto, nell'esercizio della propria attività, nei confronti di colleghi, utenti o terzi;
 - VIII. atti e comportamenti lesivi della dignità della persona, ivi compresi quelli discriminatori e le molestie sessuali;
 - IX. altre gravi violazioni non ricomprese specificatamente nelle lettere precedenti da cui sia comunque derivato grave danno all'Azienda;
- d) revoca dell'incarico con preavviso, per:
- I. recidiva di infrazioni che abbiano comportato la sospensione del rapporto;
 - II. falsità documentali o dichiarative in costanza del rapporto di lavoro;
 - III. omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti indebiti benefici economici;
 - IV. rilascio di false certificazioni di malattia, relative ad assenza dal lavoro, che attestino dati clinici non desunti da visita, in coerenza con la buona pratica medica;
 - V. mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero professionale;
 - VI. accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi rese ai propri assistiti o agli utenti;

- VII. mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad esclusione della fattispecie prevista dall'articolo 21, comma 3, lettera e);
 - VIII. condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;
 - IX. responsabilità penale, risultante da condanna passata in giudicato, per delitti commessi al di fuori dell'attività di medico convenzionato e non attinenti in via diretta al rapporto di lavoro ma che per la loro specifica gravità non siano compatibili con la prosecuzione del rapporto;
- e) revoca dell'incarico senza preavviso, per infrazioni, relative agli obblighi deontologici, legali e convenzionali, o per fatti illeciti di rilevanza penale, di gravità tale da compromettere irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l'Azienda e da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.

ALLEGATO H – ACCORDO PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO DEI MEDICI CONVENZIONATI CON IL SSN AI SENSI DEL PRESENTE ACCORDO

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti ai medici in rapporto di convenzionamento con il SSN operanti secondo le previsioni del presente ACN.
2. I medici di cui al comma 1 esercitano l'astensione collettiva dalle proprie funzioni quale forma di estrema rivendicazione di diritti e interessi collettivi in ambito contrattuale ed extracontrattuale, nel rispetto della Legge 12 giugno 1990 n. 146 e s.m.i. e della giurisprudenza intervenuta, secondo le formule del presente Accordo che sostituisce, previa approvazione da parte della Commissione di Garanzia ex artt. 13 e 14 L. 146 del 1990 e s.m.i., il Codice di autoregolamentazione pubblicato in G.U. n. 187 del 10.8.2002.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. L'erogazione dei servizi sanitari pubblici essenziali, preposti alla tutela dei diritti della persona, alla vita, alla salute e all'integrità fisica, deve essere garantita; ne deriva la necessità di fissare una chiara linea di demarcazione tra funzioni/prestazioni essenziali, dai quali non è possibile astenersi, e funzioni/prestazioni non direttamente preposti alla tutela dei diritti fondamentali della persona, costituzionalmente garantiti, dai quali è, invece, possibile astenersi di seguito alla proclamazione rituale dell'agitazione, secondo la procedura di cui all'art. 3 e 4.
2. Le funzioni\prestazioni essenziali di cui al comma 1 sono:
 - a) per la medicina generale: le attività domiciliari, che il medico ritiene indifferibili anche sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali dichiarate nella comunicazione di cui al successivo comma 4 **comma 1 art. 3**, l'assistenza domiciliare integrata, le forme di assistenza domiciliare programmata a pazienti terminali, nonché ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali. Non rientrano tra le funzioni\prestazioni essenziali di cui al comma 1 le attività non cliniche della medicina generale, che possono essere oggetto di astensione collettiva specifica.

b) per l'emergenza sanitaria territoriale: tutte quelle di cui all'art. 60 del vigente ACN ("**COMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**") per gli aspetti inerenti il soccorso urgente;

c) per la medicina dei servizi: tutte quelle rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale;

d) per l'assistenza negli istituti penitenziari: assistenza sanitaria urgente, comprensiva in ogni caso delle terapie non procrastinabili, presenza nei processi con rito direttissimo o con imputati detenuti per quelle cause e uscite per gravi motivi di sicurezza.

ART. 3

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Il diritto di astensione collettiva è legittimo se proclamato dalla O.S. dei medici di medicina generale con un preavviso scritto minimo di 10 giorni, con la contestuale indicazione delle motivazioni, dell'ambito territoriale, delle modalità e della durata.

2. La comunicazione di cui al comma 1, va inviata:
 - a. se relativa a vertenze nazionali, al Ministero della Salute, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, a tutti i Presidenti di Regione e i delle Province autonome di Trento e Bolzano;
 - b. se relativa a vertenze in ambiti regionali, al Presidente della Regione o della Provincia autonoma, al competente Assessorato alla sanità, a tutti i prefetti delle province della Regione;
 - c. se relativa a vertenze di ASL o di distretto all'Assessorato regionale competente, al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale, al Prefetto competente per territorio e nel caso di vertenze a livello distrettuale, al sindaco o ai sindaci competenti.

A prescindere dall'ambito territoriale di effettuazione dell'astensione collettiva, le OO.SS. devono dare contestuale comunicazione alla Commissione di garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali.
Si applica a tutti gli effetti l'art. 2 comma 6 della Legge 146 del 1990, in particolare per quanto concerne l'informativa all'utenza.
3. In considerazione delle peculiari modalità d'espletamento delle funzioni dei medici titolari di incarico ai sensi del presente Accordo, il primo intervento di astensione collettiva, se esteso a "tutta l'attività professionale convenzionata", salvi i limiti di cui all'art. 2 comma 2 per le prestazioni essenziali, non potrà superare la durata massima di due giorni continuativi (48 ore); le astensioni successive, per la medesima vertenza, non possono superare i quattro giorni, non possono essere a ridosso di giornate festive e, nel caso di festività a carattere locale, queste saranno considerate rilevanti solo in caso di astensione riguardante un ambito non superiore al distretto.
Esclusivamente per le ipotesi di ritardo superiore a trenta giorni nella corresponsione dei compensi previsti dal presente ACN e dagli Accordi regionali, è ammessa la proclamazione di ulteriori azioni della durata massima di quindici giorni consecutivi. Le amministrazioni competenti risponderanno del ritardo con l'applicazione di interessi moratori, nella misura legale, che decorrono dalla data di proclamazione dell'astensione collettiva.
4. Il medico di medicina generale è tenuto a comunicare per iscritto all'Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti a mezzo PEC, FAX o raccomandata RR.
La comunicazione non è dovuta, da parte dei medici iscritti a OO.SS. firmatarie del presente ACN:
 - a. in caso di agitazione promossa da sigle sindacali non firmatarie;
 - 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. Il medico iscritto a un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre OO.SS., deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 4
6. L'adesione all'astensione collettiva comporta la trattenuta del compenso relativo alle prestazioni non erogate conseguentemente: sarà riconosciuta ai medici oltre il compenso per le funzioni/prestazioni espletate ai sensi dell'art. 2 comma 2 la parte residua del compenso previsto quale disciplinato all'art. XX e, in caso di agitazione implicante la sospensione dell'intera attività professionale, sarà trattenuta una percentuale del ..??.. sulla quota capitaria spettante, moltiplicata per il numero di giorni di agitazione.
7. Le organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

- a. nel mese di agosto;
 - b. nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
 - c. nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;
 - d. nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
 - e. nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.
8. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o calamità naturali le astensioni collettive dichiarate si intendono immediatamente sospese.
 9. E' fatto divieto, al medico in astensione collettiva, di richiedere compensi ai cittadini per l'effettuazione delle funzioni\prestazioni indispensabili.

ART. 4

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. Salvo l'esperienza della procedura di cui agli artt. XX e XY in caso di questioni concernenti la uniforme applicazione degli Accordi, al fine di scongiurare il ricorso all'astensione collettiva, i medici espletano le procedure di conciliazione di cui ai punti seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolgere le procedure di conciliazione sono:
 - a. in caso di conflitto di rilievo nazionale il Ministero del Lavoro;
 - b. in caso di conflitto di livello regionale, il prefetto del capoluogo di regione;
 - c. in caso di conflitto a livello di ASL o di distretto, il Prefetto del capoluogo di provincia competente o il sindaco nei casi di cui al comma x.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta di cui al comma 5, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. I medesimi soggetti possono chiedere alle organizzazioni sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai sensi della legge n. 146/1990 e s.m.i..
4. Con le stesse modalità, nel caso di controversie regionali, di ASL e di distretto, i soggetti di cui alle lettere b) e c) **comma 2** provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.
5. Il tentativo si considera altresì espletato ove i soggetti istituzionali avvisati non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.
6. Il periodo della procedura conciliativa nazionale ha una durata massima di sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quella locale una durata massima di otto giorni lavorativi.
7. Del tentativo di conciliazione viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa

dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'art. 2, comma 6, della legge n. 146/1990 e s.m.i. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

8. I medici si impegnano a non adire l'Autorità giudiziaria fino al completo esaurimento di tutte le procedure sopra individuate.
9. Le pubbliche amministrazioni non possono adottare comportamenti che impediscono o limitano l'esercizio della libertà e dell'attività sindacale o del diritto di astensione collettiva; in violazione di questo obbligo, le OO.SS. interessate che siano rappresentative a livello nazionale/regionale, esperito un tentativo di conciliazione secondo le formule del comma XX, possono presentare ricorso davanti al tribunale monocratico del lavoro ai sensi dell'art. 409 c.p.c., per ottenere un provvedimento urgente a tutela della categoria e degli interessi rappresentati. Il responsabile per la pubblica amministrazione che non osserva il decreto (o la sentenza pronunciata in seguito a opposizione rituale) è punito ai sensi dell'art. 650 c.p..
10. In caso di proclamazione di una seconda agitazione, nell'ambito di una medesima vertenza e da parte del medesimo sindacato, è previsto un tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione, entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi ~~5,6,7,8,15~~ all'art. 3 e 4. Tale termine è individuato in giorni centoventi, esclusi i periodi di franchigia di cui ai commi 11 e 12.
11. Di seguito alla sottoscrizione del presente ACN, le parti firmatarie si impegnano ad osservare un periodo di tregua sindacale, la cui durata sarà determinata con la formula dell'Intesa Stato-Regioni.

ART.5 SANZIONI

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.XX, ferme le sanzioni di cui all'art. 4 Legge 146/1990 e s.m.i..

ALLEGATO I - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.

ALLEGATO L - ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.

ART. 1 – PRESTAZIONI DOMICILIARI

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

ART. 2 – ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DOMICILIARE

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

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

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

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

ART. 4 – RAPPORTI CON IL DISTRETTO

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il

medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:

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

ART. 5 – COMPENSO ECONOMICO

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

ART. 6 – MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al Distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato. In caso di sostituzione gli accessi sono retribuiti al medico sostituto come previsto all'articolo 31, comma 6.
2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.
3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 – DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di cure primarie a ciclo di scelta che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare.

3. Sulla base di apposito Accordo regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

ART. 8 – VERIFICHE

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

ART. 9 – INTESE DECENTRATE

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

ALLEGATO M – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

ART. 1 – PRESTAZIONI

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

ART. 2 – DESTINATARI

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

ART. 3 - PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE

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

ART. 4 – SOSPENSIONE

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

ART. 5 - TRATTAMENTO ECONOMICO

1. Al medico di cure primarie a ciclo di scelta, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'articolo 42 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di €. 18,90 dallo 01.01.2000.
2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.
3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.
4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata in residenze protette e collettività.

ART. 6 - MODALITÀ DI PAGAMENTO

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

ART. 7 - DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

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

ART. 8 - RIUNIONI PERIODICHE

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

ART. 9 – VERIFICHE

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

ART. 10 – CONTROVERSIE

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

ART. 11 – INTESE DECENTRATE.

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

ALLEGATO N: DEFINIZIONE ASSISTENZA PROATTIVA o DI INIZIATIVA

1. Compito della AFT (art 28 comma 1, b) è quello di garantire ad ogni cittadino affetto da patologie croniche e/o fragilità la presa in carico e l'assistenza proattiva
2. L'assistenza proattiva- medicina di iniziativa, si basa sull'interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e addestramento ed un team mono-multi-professionale, viene garantita sulla base di un piano di cura personalizzato che preveda attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne l'evoluzione e prevenirne le complicanze e consiste in un richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo a quanto previsto dal piano di cura
3. In base all'art 26 comma 2, lettera a) per ogni AFT si identificano i cittadini affetti da condizioni di rischio, patologie croniche e condizioni di disagio socio-assistenziale a cui assicurare assistenza proattiva, assegnandoli, sulla base del rischio/gravità dello stato di salute/malattia a due gruppi di pazienti :
 - a) pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di importanti problemi socio-assistenziali,
 - b) pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali
4. In relazione al team mono-multi-professionale di cura si identificano:
 - a) a) il team monoprofessionale, composto dai medici della AFT, dal personale appositamente formato a svolgere sia i compiti segretariali che quelli di supporto alle attività cliniche, valutative e di empowerment del paziente e dai "coordinatori di progetto assistenziale" (art 31 comma 1, c) e parte D comma 1) che sono medici di famiglia della AFT "esperti" in specifici ambiti clinici, che possano svolgere un ruolo di interfaccia con i colleghi della AFT al fine di favorire il loro sviluppo di competenze e conoscenze in quel determinato ambito ed anche in grado di svolgere un ruolo da "*first opinion*" relativamente alla clinica ed alla diagnostica di primo livello
 - b) b) il team multiprofessionale, il cui nucleo è rappresentato dal team monoprofessionale a cui si aggiungono, con una intensità di impegno diversa in funzione dello stato di gravità - intensità di cura - del paziente, altri professionisti che sono l'infermiere del territorio, lo specialista di branca, l'assistente sociale, ed altri professionisti come il fisioterapista, il dietologo ecc
5. I professionisti del team mono-multi-professionale sono tutti nominalmente individuati in modo da garantire al paziente la personalizzazione ed umanizzazione delle cure
6. I pazienti di cui al punto 3. a), in grado di recarsi nello studio del medico, sono presi in carico e assistiti prevalentemente dal team monoprofessionale di AFT, nelle sedi comuni dei medici della AFT sulla base di un piano individuale di cura formulato dal medico curante, con l'apporto non continuativo delle altre figure professionali coinvolte nel team multiprofessionale, tenendo conto dei PDTA/percorsi integrati di cura delle singole patologie di cui lo specifico paziente è affetto e che prevede anche l'esecuzione nelle sedi degli esami strumentali di primo livello previsti dal piano di cura
7. I pazienti di cui al punto 3. b), non in grado di recarsi nello studio del medico, sono presi in carico e assistiti dal team multiprofessionale nel luogo dove risiedono e cioè a domicilio (ADI) o nelle strutture residenziali, definendo un piano individuale di cura formulato dal team multiprofessionale in base alla valutazione degli aspetti sanitari e socio-assistenziali presentati dallo specifico paziente e prevede l'esecuzione degli esami strumentali di primo livello previsti dal Piano in modalità telemedicina/telerefertazione nel luogo di residenza del paziente
8. Il piano individuale di cura dettaglia le attività cliniche, valutative, di empowerment e family learning necessarie per ogni specifico paziente, la periodicità della loro ripetizione, chi tra le varie figure professionali del team le deve eseguire in un'ottica di cost-effectiveness e la periodicità dei momenti di rivalutazione comune

9. il responsabile clinico della formulazione e poi della applicazione del Piano di cura in entrambi i gruppi è, over time, il medico di famiglia curante del paziente
10. il piano triennale delle attività (art 26 comma 2 punti b),c) e d)) definisce obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (budget), affidando, relativamente ai pazienti di cui al punto 3. a), ai medici della AFT il compito di pianificare/progettare autonomamente fattori produttivi e modalità operative per garantire questi risultati anche mediante la propria organizzazione.
11. La medicina proattiva - sanità di iniziativa utilizza in ogni AFT come necessario supporto ICT la rete informatica -rete clinica di AFT, che deve consentire a tutti i componenti del team di cura l'accesso ai dati clinici dei pazienti nel rispetto della normativa sulla privacy e deve essere in grado di supportare la formulazione e poi di monitorare la esecuzione dei piani individuali di cura.

ALLEGATO O: REGOLAMENTO ELETTORALE ELEZIONE DEI COMPONENTI ELETTIVI DELLA MEDICINA GENERALE DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di elezione dei componenti di parte elettiva per la medicina generale dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
2. La elezione dei componenti di cui al precedente comma si svolgerà in tutte le Aziende della regione ed in tutti i Distretti entro e non oltre sei mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo.
3. L'Assessore Regionale alla Sanità, sentiti i Direttori Generali delle Aziende, indica la data di svolgimento delle elezioni di cui al presente articolo.
4. A tal fine il Direttore Generale istituisce un seggio in ciascun distretto ed invia ai presidenti dei seggi l'elenco di tutti gli aventi diritto al voto in ciascun seggio. Ogni medico vota nel seggio del Distretto di appartenenza.
5. Le Aziende provvedono a comunicare agli aventi diritto al voto, con modalità stabilite dal Comitato di cui all'art. 23, la data, l'orario e la sede delle elezioni, nonché le modalità di voto.
6. Hanno diritto al voto tutti i medici incaricati a tempo indeterminato per la medicina generale alla data di effettuazione delle elezioni. Il diritto al voto può essere rivendicato, ove il medico non sia inserito nell'elenco fornito al seggio elettorale, al momento del voto esibendo idonea certificazione di titolarità di incarico.
7. Il seggio elettorale è composto da un funzionario della Azienda, nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e da due scrutatori indicati dal Comitato di cui all'art. 23.
8. L'elettore dovrà presentarsi al seggio munito di valido documento di riconoscimento o essere conosciuto dal presidente. Ogni elettore vota esprimendo un numero di preferenze che può anche essere pari al numero dei membri eleggibili.
9. I presidenti di seggio cureranno lo svolgimento delle operazioni di voto, lo scrutinio delle schede (che avverrà immediatamente dopo le operazioni di voto) e la trasmissione delle schede scrutinate alla Azienda che ha il dovere di conservarle per almeno 30 giorni dagli scrutini. Trascorso tale termine, le schede devono essere distrutte.
10. Le Aziende trasmettono al Comitato regionale di cui all'art. 24 i dati elettorali.
11. Per ciascun organismo, saranno eletti i medici che avranno riportato complessivamente il maggior numero di preferenze
12. Il Direttore Generale della Azienda proclama gli eletti agli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali.
13. I compensi per i componenti il seggio elettorale sono definiti con provvedimento della Regione e sono a carico delle Aziende di riferimento.
14. La tornata elettorale si svolge in tutti i distretti nella stessa data e, di norma, in una giornata di sabato, secondo orari determinati dal Comitato di cui all'art. 24.
15. I componenti eletti ai sensi del presente regolamento decadono per:
 - a) assenze complessive superiori al 50% delle riunioni effettuate nel corso dell'anno;
 - b) dimissioni dall'incarico;

c) cessazione del o degli incarichi convenzionali detenuti nella medicina generale.

16. Il componente decaduto per effetto del disposto di cui al comma precedente è sostituito dal primo dei non eletti.

**ALLEGATO P: REGOLAMENTO ELETTORALE COORDINATORE AFT E
COORDINATOREE DI PROGETTO ASSISTENZIALE**

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

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

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

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

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

ALLEGATO R – LINEE GUIDA PER I CORSI DI IDONEITÀ ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

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

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

1. Saper assistere un paziente:
 - al domicilio;
 - all'esterno;
 - su di un mezzo di soccorso mobile;
 - in ambulatorio.

2. Saper diagnosticare e trattare un paziente:

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

- con emorragie interne ed esterne (emoftoe, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)
- in caso di folgorazione o annegamento
- in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta
- in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)
- in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)
- in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)

3. Conoscere le tecniche di estrazione e di immobilizzazione di un paziente traumatizzato;

4. Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento della traumatologia "minore" (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);

5. Conoscere le implicazioni medico legali nell'attività dell'emergenza (responsabilità nei diversi momenti operativi);

6. Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)

7. Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);

8. Essere a conoscenza dell'organizzazione dei servizi comunque coinvolti nell'emergenza territoriale.

9. Essere formato al Corso dispatch emergency medical.

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

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

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

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

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

Allegato S - CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA PER INCARICHI NEI PSTIIPP

1. Superamento del corso di formazione per la medicina generale col modulo opzionale per la medicina penitenziaria p. ti 10
2. Corso di formazione in medicina generale p. ti 7,5
3. Corso di perfezionamento universitario post laurea in Medicina Penitenziaria p. ti 5
4. Corso di perfezionamento universitario post laurea in Infettivologia Penitenziaria p. ti 5
5. Corso di perfezionamento universitario post laurea in Psichiatra Penitenziaria p. ti 5
6. Corso di Perfezionamento universitario post laurea in Management del Servizio Sanitario Penitenziario p. ti 5
7. Altri corsi di perfezionamento attinenti p. ti 2 ognuno
8. Specializzazione in , Medicina Legale , Psichiatria , Infettivologia , Igiene e Organizzazione Sanitaria p. ti 5
9. Altre specializzazioni : p.ti 1
10. Possesso dell'attestato di abilitazione all'emergenza territoriale p.5
11. Possesso del brevetto BLS p. ti 2
12. Possesso del brevetto ACLS p. ti 3
13. Possesso del brevetto ATLS p. ti 3
14. Attività , anche pregressa , all'interno dei PSTIIPP , anche come sostituto , come ex medico incaricato , p. ti 0,4 mese (ragguagliato a 96 ore al mese se medico di guardia e 72 come ex medico incaricato)
15. Attività , anche pregressa , all'interno dei PSTIIPP , anche come sostituto , (ragguagliato a 96 ore al mese se medico di guardia e 72 come ex medico incaricato) , p. ti 0,3 al mese

16. Attività come medico dell'emergenza territoriale , anche come sostituto ,(ragguagliato a 120 ore mese) p.ti 0,3 al mese
17. Attività come medico di assistenza primaria , anche sostituto , p. ti 0,2 al mese
18. Attività come medico di continuità assistenziale , anche sostituto , p. ti 0,2 al mese
19. Attività come medicina dei servizi , anche sostituto , p. ti 0,2 mese
20. Attività come medico militare , p. ti 0.1 mese
21. Attività in altre strutture sanitarie pubbliche , p. ti 0,1 mese
22. Attività di medico specialista in carcere psichiatria e infettivologia p. ti 0,2 mese
23. Attività di medico specialista in carcere altre branche p. ti 0,1 mese

