

NUOVO PATTO-CONTRATTO TRA I MEDICI PROFESSIONISTI DELLA SANITA' TERRITORIALE E IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ACCORDO VALIDO DAL MARZO 2014 AL MARZO 2018

Questo accordo sostituisce integralmente i dettami e le indicazioni contenute nel art.8 del D. Lgs. Del 1992, le successive modifiche, le integrazioni e tutte le precedenti convenzioni denominate *accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale* compresa quella sancita nel 2009 e il documento firmato in data 10 marzo 2010 definito "ipotesi di accordo"; vengono altresì riprese le indicazioni emerse dalle normative legislative 2012 (L. di conversione del DL del 31 ottobre 2012 n.158).

La discontinuità del presente articolato rispetto agli ACN pregressi (detti convenzioni) sottende le istanze derivate dalle profonde modifiche socio-sanitarie globali evidenziate dall'oggettività contestuale descritta dalla letteratura di settore e manifestata dall'emergere di nuovi bisogni di salute causati dall'incremento numerico delle persone affette da patologie croniche e degli individui particolarmente fragili. L'estrema variabilità applicativa dei precedenti ACN ha comportato inoltre una ulteriore grave criticità assistenziale territoriale.

Le proiezioni di crescita economica, quelle inerenti l'invecchiamento della popolazione, l'incremento della fragilità e della non autosufficienza, l'evoluzione tecnologica richiedono una modifica strutturale del sistema di medio-lungo termine al fine di adeguare il SSN ed in particolare la medicina territoriale alla nuova evoluzione della realtà.

L'intera categoria degli operatori del settore sanitario ha piena consapevolezza dell'insieme delle problematiche che investono il SSN ed i medici che operano sul territorio; questi ultimi sono altresì persuasi di veleggiare sulla stessa imbarcazione con tutti gli altri medici del SSN, di avere problematiche simili, di condividere visioni sovrapponibili e di dover orientare la rotta verso una unica missione.

Da questo punto di vista è possibile già da ora prevedere per un prossimo futuro una organizzazione unica (ed un unico sistema contrattuale-previdenziale) composta da medici-clinici-sanitari e operatori socio-sanitari territoriali ed ospedalieri in grado di agire insieme per mantenere ritta la barra (governare) dell'intero SSN ed offrire alle istituzioni soluzioni sostenibili, innovative, orientate alla crescita produttiva quantitativa e ad un aumento dello sviluppo qualitativo in grado di far fronte rapidamente alle veloci modifiche sanitarie ed economiche globali e che nascono dalla ricca esperienza maturata, negli anni, alla base della piramide gestionale.

Il termine "*Patto-Contratto*" vuole evidenziare l'impegno che i medici intendono assumere non solo con lo stato, relazionandosi con le sue istituzioni, ma direttamente con le persone che sono la manifestazione concreta e vitale dello stato stesso e anche con gli stessi colleghi.

Al fine di comporre un riordino temporale tra decreti, normative e delibere estremamente variegata anche nei contenuti e causa di diseconomie e di differenziazione assistenziale diffuse vengono congelati tutti gli accordi regionali e locali in essere e si provvederà, a cura di regioni e aziende, ad adeguare ogni strutturazione normativa decentrata al presente Patto/Contratto entro 90 gg dalla firma del presente Patto/Accordo.

All'interno del Patto/Contratto ogni riferimento a DL, Leggi, Norme, Documenti nazionali o regionali pregressi o a specifiche note esplicative sono riportati in forma di "ipertesto informatico".

INDICE**1.1.0 PARTE PRIMA****1.1.1 INQUADRAMENTO GENERALE**

Art. 1 Quadro di riferimento

Art. 2 Livelli di contrattazione

Art. 3 Negoziazione nazionale

Art. 4 Negoziazione regionale

Art. 5 Obiettivi di carattere generale

Art. 6 Strumenti

Art. 7 Ruolo e partecipazione delle organizzazioni sindacali

Art. 8 Struttura del compenso

Art. 9 Aumenti contrattuali

(Articolato in via di completamento)

Art. 10 Disposizione contrattuale di garanzia – Osservatorio

(Abolito)

Art. 11 Entrata in vigore e durata dell'Accordo

(Abolito)

1.2.0 PARTE SECONDA**1.2.1 DISCIPLINA DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

Art. 12 Premessa

CAPO 1°**PRINCIPI GENERALI**

Art. 13 Campo di applicazione

Art. 13bis Compiti e funzioni del medico

Art. 14 Contenuti demandati alla negoziazione regionale

Art. 15 Graduatoria regionale

Art. 16 Titoli per la formazione delle graduatorie

Art. 17 Incompatibilità

Art. 18 Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale

Art. 19 Cessazione del rapporto convenzionale

Art. 20 Formazione continua

Art. 21 Diritti sindacali

Art. 22 Rappresentatività sindacale

Art. 23 Comitato aziendale

Art. 24 Comitato regionale

Art. 25 Programmazione e monitoraggio delle attività

Art. 26 Aggregazioni territoriali

Art. 26bis Aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale

Art. 26Ter Requisiti e funzioni minime relative alle forme associative , a complessità differenziata, della medicina generale

Art. 27 Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse

Art. 28 Articolazione del compenso

Art. 29 Funzioni della medicina generale

Art. 30 Responsabilità convenzionali e violazioni. Collegio arbitrale

Art. 31 Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione

Art. 32 Assistenza ai turisti

CAPO 2°**L'ASSISTENZA PRIMARIA**

Art. 33 Rapporto ottimale

Art. 34 Copertura delle zone carenti di assistenza primaria

Art. 35 Instaurazione del rapporto convenzionale

Art. 36 Requisiti e apertura degli ambulatori medici

Art. 37 Sostituzioni

Art. 38 Incarichi provvisori

Art. 39 Massimale di scelte e sue limitazioni

Art. 40 Scelta del medico

Art. 41 Revoca e ricasazione della scelta

Art. 42 Revoche d'ufficio

Art. 43 Scelta, revoca, ricasazione: effetti economici

Art. 44 Elenchi nominativi e variazioni mensili

Art. 45 Compiti del medico

Art. 46 Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza

Art. 47 Visite ambulatoriali e domiciliari

Art. 48 Consulto con lo specialista

Art. 49 Rapporti tra il medico di famiglia e l'ospedale

Art. 50 Assistenza farmaceutica e modulare

- Art. 51 Richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali
- Art. 52 Certificazione di malattia per i lavoratori e certificazioni di invalidità
- Art. 53 Assistenza domiciliare integrata programmata (ADI)
- Art. 54 Forme associative
- Art. 54bis Forme associative della medicina generale
- Art. 54ter Forme associative dell'assistenza primaria
- Art. 54quater Forme associative dell'assistenza primaria: innovazioni assistenziali operative territoriali
- Art. 55 Interventi socio-assistenziali
- Art. 56 Collegamento con i servizi di continuità assistenziale
- Art. 57 Visite occasionali
- Art. 58 Libera professione

Art. 59 Trattamento economico (Articolato in via di completamento)

- Art. 59bis Flusso informativo
- Art. 59ter tessera sanitaria e ricetta elettronica

Art. 60 Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia (Articolato in via di completamento)

- Art. 61 Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'azienda

CAPO 3°

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

- Art. 62 Criteri generali
- Art. 63 Attribuzione degli incarichi di continuità assistenziale
- Art. 64 Rapporto ottimale
- Art. 65 Massimali
- Art. 66 Libera professione
- Art. 67 Compiti del medico
- Art. 68 Competenze delle Aziende
- Art. 69 Rapporti con il medico di fiducia e le strutture sanitarie
- Art. 70 Sostituzioni ed incarichi provvisori
- Art. 71 Organizzazione della reperibilità

Art. 72 Trattamento economico (Articolato in via di completamento)

- Art. 73 Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

CAPO 4°

LA MEDICINA DEI SERVIZI

- Art. 74 Campo di applicazione
- Art. 75 Massimale orario e sue limitazioni.
- Art. 76 Aumenti d'orario (Annullato)
- Art. 77 Riduzione di orario degli incarichi e soppressione dei servizi
- Art. 78 Compiti e doveri del medico – Libera professione
- Art. 79 Trasferimenti
- Art. 80 Comando
- Art. 81 Sostituzioni
- Art. 82 Permesso annuale retribuito - Congedo matrimoniale
- Art. 83 Malattia – Gravidanza
- Art. 84 Assenze non retribuite

Art. 85 Trattamento economico (Articolato in via di completamento)

- Art. 86 Rimborso spese di accesso
- Art. 87 Premio di collaborazione
- Art. 88 Premio di operosità
- Art. 89 Assicurazione contro gli infortuni derivanti dall'incarico
- Art. 90 Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'Azienda

CAPO 5°

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Art. 91 Generalità e campo di applicazione
- Art. 92 Individuazione e attribuzione degli incarichi
- Art. 93 Massimale orario
- Art. 94 Descrizione dell'attività'.
- Art. 95 Compiti del medico – Libera professione
- Art. 96 Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza
- Art. 97 Sostituzioni, incarichi provvisori – Reperibilità

Art. 98 Trattamento economico e riposo annuale (Articolato in via di completamento)

Art. 99 Contributi previdenziali e assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico (Articolato in via di completamento)

- Art. 100 Inquadramento in ruolo

1.3.0 NORME FINALI (Articolato in via di completamento)

1.4.0 NORME TRANSITORIE (Articolato in via di completamento)

1.5.0 DICHIARAZIONE A VERBALE (Articolato in via di completamento)

1.6.0 ALLEGATI (Articolato in via di completamento)

1.1.0 PARTE PRIMA

1.1.1 INQUADRAMENTO GENERALE

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della Medicina generale (in seguito denominate Organizzazioni Sindacali) con il presente patto definiscono le condizioni per il rinnovo del pregresso Accordo Collettivo Nazionale del 2009 e del documento definito "ipotesi di accordo" del 10/05/2010 come già disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, della Legge del 31 ottobre 2012 n. 158 e ne annulla, sostituisce e/o modifica gli articoli.
2. Le problematiche evidenziate dalle analisi socio-economiche, i criteri distintivi della medicina generale, le indicazioni e le definizioni Wonca in merito alla medicina generale territoriale; l'opportunità di collegare strettamente le caratteristiche della medicina di famiglia con i dettati legati al tema del Governo Clinico; il richiamo ai principi espressi dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978 (efficacia ed appropriatezza della risposta sanitaria e sociale orientate ad un corretto utilizzo delle risorse disponibili nel sistema sanitario nazionale a tutela dei principi di equità, eguaglianza e compatibilità); l'esigenza non più derogabile di ammodernare il SSN per dare una risposta ai nuovi bisogni di salute della popolazione (emergenza della cronicità) e la conseguente necessità di inquadrare l'operatività professionale dei medici coinvolti richiede la produzione di un nuovo progetto operativo e normativo dell'intera attività della professione per facilitare il compito dei sanitari impegnati nel far fronte all'assistenza di primo livello territoriale e alle nuove esigenze socio-sanitarie. La realizzazione di questa necessità di ammodernamento si concretizza primariamente attraverso una importante e fattiva azione di integrazione tra tutti i professionisti e tutte le discipline interessate all'assistenza medica e socio-sanitaria territoriale.
3. Le principali iniziative, considerate fondamentali per il buon funzionamento dell'intero SSN, sono di seguito elencate:
- a-** revisione e riprogettazione di tutto il sistema delle Cure Primarie: Il quadro istituzionale (Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, e le modifiche al Titolo V della Costituzione), affidano piena potestà legislativa e regolamentare alle Regioni in materia di salute (fatte salve le competenze attribuite allo Stato); da questo punto di vista è oggi opportuno coniugare il quadro istituzionale rafforzando il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel suo insieme garantendo una autorevole cornice normativa assistenziale unitaria nazionale per l'intero paese che comprenda uniformi indicazioni delle definizioni, dei termini, dei contenuti e dell'operatività dei servizi e delle rispettive attività assistenziali da erogare;
- b-** ri-organizzazione della medicina generale sul territorio ponendo come basi fondamentali le associazioni funzionali definite Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) monoprofessionali e conosciute anche come nuclei (AFT/nuclei) e le associazioni operative di cui all'articolo 59ter note come gruppi a diversa complessità (medicine di gruppo) e definite Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) multi professionali;
- c-** definizione di una AFT/monoprofessionale/nucleo come un territorio urbano o extraurbano corrispondente ad un numero di circa 20 mmg operanti in quella specifica zona (corrispondenti a circa 20-30 mila assistiti) in considerazione di tutte le necessarie deroghe in merito alla composizione numerica dei mmg per zone disagiate e disagiatissime comunque ratificate dal comitato regionale;
- d-** le forme associative operative a diversa complessità multi professionale sono inserite nelle AFT/monoprofessionali/nucleo e rappresentano una suddivisione operativa della stessa AFT/monoprofessionale/nucleo di cui fanno parte;
- e-** individuazione di un unico coordinatore/referente/rappresentante con funzioni non gerarchiche, paritarie e di servizio per tutti i mmg operanti nelle associazioni funzionali monoprofessioni (AFT) e per i mmg attivi nelle organizzazioni multiprofessionali (associazioni a diversa complessità);
- f-** ogni forma unica di rappresentanza/coordinamento/portavoce/referente di mmg associati in modo funzionale od operativo viene eletta a scrutinio segreto dagli stessi colleghi delle associazioni funzionali monoprofessionali od operative multi professionali, resta in carica 3 anni e può essere rieletto;
- g-** vengono abolite tutte le altre forme o altri ruoli tra mmg di assistenza primaria territoriale (medici in staff, mmg direttori di distretto, ogni altra forma fiduciaria remunerata); il presente patto/contratto cancella pertanto l'art. n.1 del documento detto "ipotesi di accordo" del 10-05-2010 nel quale si ipotizzano figure fiduciarie di coordinamento delle unità complesse;
- h-** assumere il modello elementare assistenziale territoriale in "team" come base operativa nodale di presa in carico della cronicità e della fragilità per ogni realtà nazionale, regionale e provinciale;
- j-** il team assistenziale territoriale è una modalità operativa di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare tra tutti gli attori coinvolti nell'assistenza territoriale; la finalità del team e quella di prendersi cura delle persone affette da patologie croniche e dei soggetti così detti fragili;
- k-** il team territoriale è un'ulteriore articolazione operativa assistenziale interna alle AFT/nuclei che implementa l'assistenza domiciliare attivando tutti gli attori e le discipline territoriali per assistere malati cronici e fragili; il mmg, ogni mmg, diventa il coordinatore del team, facilita l'incontro formale e strutturato tra i vari professionisti per organizzare una risposta sanitaria adeguata di ogni singolo problema di cronicità o di fragilità; al team integrato multi professionale e multidisciplinare partecipano anche i professionisti ospedalieri con la finalità complessiva di governare tutti i percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali-relazionali (PDTA-R) necessari a garanzia dei livelli uniformi assistenziali e di appropriatezza;
- l-** istituire, per tutto l'ambito delle cure primarie, una graduatoria unica di accesso al ruolo unico e al tempo pieno alla medicina generale territoriale e che consenta inoltre passaggi tra titolarità conseguite nei vari ambiti;
- m-** creare più opportunità per favorire l'inserimento strutturale dei giovani medici nell'attività professionale dell'Assistenza Primaria ipotizzando o sperimentando una formula di affiancamento / tutoraggio volontaria e regolamentata in modo trasparente tra medici prossimi alla pensione o con problemi di salute e titolari di CA: il progetto sperimentale deve contenere tutte e garanzie di tutele reciproche e di rapporto paritario tra colleghi;
- n-** gestire a livello territoriale l'insieme delle indicazioni dettate dal tema del governo clinico, nelle sue varie componenti, declinazioni e verifiche che, nello specifico, viene completamente affidato al mmg, alle associazioni monoprofessionali e multi professionali e ai team territoriali;
- o-** favorire una sensibilità specifica nei confronti del benessere psico-fisico e operativo dei curanti con particolare attenzione agli ambienti lavorativi soprattutto se messi a disposizione dalle istituzioni pubbliche (es.: Medicine di Gruppo; megastrutture; sedi di continuità assistenziale); l'obiettivo è quello di progettare o ri-organizzare locali efficaci e efficienti che obbligatoriamente considerino le acquisizioni, le tecnologie ed i requisiti essenziali per ambientazioni ad uso ambulatoriale e che vedranno un utilizzo intensivo ed una presenza prolungata degli operatori negli stessi ambienti; da questo punto di vista è fondamentale ascoltare il parere e le proposte vincolanti di coloro che dovranno lavorare in questi nei locali e far funzionare al massimo delle potenzialità le strutture stesse per il bene del SSN;
- p-** monitorare e tutelare con la massima attenzione la salute dei soggetti fragili, del bambino, dell'adolescente, dell'anziano e dei soggetti affetti da patologie croniche degenerative in quanto condizioni che richiedono l'attivazione, nell'intero contesto assistenziale "in team", di strutture assistenziali territoriali intermedie, percorsi socio-sanitari diagnostici-terapeutici-assistenziali-relazionali (PDTA-R)

integrati, formalizzati e governati a livello territoriale secondo i dettami del governo clinico.

4. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute. Le innovazioni, ordinate in questo patto/contratto e considerate necessarie, devono puntare ad adeguare il sistema stesso a rispondere in modo appropriato ed integrato alla domanda di sanità dei cittadini. Il patto sancito con il singolo medico garantisce, rinforza, tutela e valorizza direttamente anche il rapporto fiduciario medico-paziente.

5. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, in relazione al quadro normativo innovativo disposto in questo patto/contratto, ritengono che il Sistema Sanitario Nazionale può garantire la realizzazione di una risposta adeguata ed uniforme sul territorio nazionale ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi di eticità e di equità. Si considera quindi, necessario e opportuno in questo momento storico avviare un sistema di innovazione/ammodernamento riformista del SSN adeguato ai tempi e alle contingenze. Come il Piano Sanitario Nazionale (PSN) attualmente in vigore prevede, il sistema delle cure primarie/assistenza primaria rappresenta l'importante ambito di primo accesso integrato alle cure e si riserva invece all'ospedale un ruolo specifico di intervento per tutte quelle patologie che necessitano di un ricovero per acuzie o per intensità di cure.

6. L'organizzazione sanitaria ed in particolare l'integrazione in team multiprofessionale e multidisciplinare del territorio può assicurare l'individuazione del bisogno di salute dei cittadini, può offrire risposte appropriate e opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione di percorsi assistenziali (PDTA-R) tempestivi, permette anche la possibilità di offrire informazioni corrette e adeguata educazione sanitaria per facilitare a tutti i cittadini di poter fruire un modo appropriato dei servizi territoriali e/o ospedalieri.

7. La letteratura di settore sostiene da tempo che la posizione centrale delle cure primarie organizzate (team per la cronicità e la fragilità e associazioni in gruppo per gli assistiti in buone condizioni di salute o per problematiche di primo livello) può razionalizzare l'intero servizio nazionale procurando un notevole risparmio complessivo sulla spesa sanitaria inappropriata. E' altrettanto noto che le cause di un eccesso di utilizzo inadeguato delle risorse non sia da attribuire solo all'assistenza primaria. Alcuni processi dei settori decisionali gestionali slegati dall'attività produttiva possono creare diseconomie a fronte di risultati di eccellenza dei settori produttivi. E' quindi oggi necessario che, in un nuovo patto/contratto, la valutazione delle performance dei clinici, da tempo codificata solo dalle aziende sanitarie, possa essere arricchito dalla valutazione periodica della performance e dei processi decisionali autonomamente e in modo auto organizzato/strutturato da parte dei clinici stessi che operano sul territorio tramite le attività svolte all'interno delle AFT (audit, governo clinico, formulazioni di obiettivi e valutazioni di processo e esito) e che venga costituito un Collegio del Territorio.

8. Il Collegio del Territorio è composto dai rappresentanti dei medici e di tutti gli altri attori ed operatori attivi nell'assistenza territoriale che compongono i team; tutti i componenti del Collegio del Territorio (10 componenti in tutto rappresentanti dei mmg AP e CA, degli specialisti territoriali ed ospedalieri, dei servizi territoriali, della guardia medica, degli infermieri, assistenti sociali, pediatri ai quali vengono aggiunti come uditori, un rappresentante del volontariato, delle associazioni dei parenti e dei malati e dei sindacati rappresentativi nell'ambito della assistenza territoriale) eleggono, a scrutinio segreto, un presidente che resta in carica tre anni ed è rieleggibile; il presidente è sottoposto a verifica, a scrutinio segreto, ogni sei mesi ed in caso di sfiducia espressa dovrà essere eletto un altro presidente;

9. Ogni AFT esprime un proprio Collegio del Territorio

10. Il Collegio del Territorio assume decisioni autonome in merito a progetti ed iniziative riguardanti l'assistenza territoriale alla cronicità ed alla fragilità all'interno di un AFT; gestisce e distribuisce i contributi economici di un fondo dedicato regionale proveniente da donazioni, contributi di partecipazione alla spesa, finanziamenti ministeriali ed istituzionali; le attività del Collegio del Territorio rientrano tra le valutazioni di performance autogestite e di governo clinico dell'AFT; alla fine di ogni anno di attività viene consegnata alla regione la rendicontazione on line del lavoro svolto, dei progetti sostenuti e della contabilità relativa.

11. Graduatoria unica, accesso unico, ruolo unico e tempo pieno nell'assistenza primaria con passaggio tra le varie titolarità acquisite:

a- per graduatoria unica, accesso unico, ruolo unico e tempo pieno si intende un processo che caratterizza l'entrata nell'attività professionale dei medici di medicina generale di assistenza territoriale.

b- ogni medico abilitato può praticare la professione medica;

c- ogni medico può partecipare ad ogni selezione per accedere al SSN; per quanto riguarda la medicina generale territoriale a livello regionale viene realizzata una graduatoria unica di tutti i medici che aspirano a diventare operatori all'interno del SSN con differenziazione tra punteggi in riferimento ai titoli di specialità (che comprende anche il possesso del titolo del corso in formazione specifico inserito a pieno diritto nelle specialità), a titoli di equipollenza o equivalenza, a documentazione, esperienza quinquennale continuativa strutturata in una branca della medicina che diviene sovrapponibile alla specialità, a titoli di sanatoria;

d- ad ogni zona divenuta carente nella medicina generale si provvede all'inserimento in convenzione del primo medico in graduatoria regionale o dei successivi aspiranti in caso di rifiuto espresso dal primo medico avente diritto; il medico inserito nel territorio della zona carente inizia ad operare nell'AFT/nucleo di competenza inizialmente a 38 ore settimanali a tempo pieno, anche se a zero assistiti, continuando ad operare come medico di CA, medico di specialistica ambulatoriale o del 118 (se possiede i requisiti), medico delle strutture intermedie, medico della medicina dei servizi, medico ambulatoriale distrettuale, medico di RSA/ASP, medico di hospice; acquisendo gradualmente assistiti, raggiunge l'incompatibilità con l'attività oraria, a sua volta gradualmente e proporzionalmente ridotta, a 1000 scelte; una eventuale autoriduzione a 800 scelte permette al medico di proseguire l'attività oraria completa;

e- le caratteristiche juslavoristiche del medico che entra nell'attività professionale a 38 ore settimanali e a zero scelte presentano gli elementi propri del rapporto convenzionale con un trattamento economico parametrato sui livelli attualmente previsti per i dirigenti medici del settore a dipendenza;

f- una volta raggiunte le 1000 scelte il mmg inserito in convenzione secondo il percorso della graduatoria unica, accesso unico, ruolo unico e tempo pieno, sceglierà di aprire un proprio ambulatorio inserendosi, salvo eccezioni da valutare in comitato regionale, in una aggregazione/associazione: quest'ultima opportunità dovrà essere agevolata dalle istituzioni e dai colleghi già associati.

g- una previsione assistenziale efficace prevede una "pianta organica assistenziale territoriale" di ogni AFT come piattaforma trasparente in grado di assicurare il mantenimento o la variazione delle risorse umane necessarie;

g- il percorso sperimentale dell'affiancamento/tutoraggio è a sostegno della "pianta organica assistenziale territoriale" ed, in parallelo, al percorso del mmg inserito a 38 ore a zero scelte in una AFT; in considerazione dei profili anagrafici della medicina generale e dell'incremento della domanda assistenziale che richiederà a sua volta una sostenibilità efficiente, efficace, equa è possibile ipotizzare "zone carenti anticipate attivate da subito" rese operative, volontariamente, da medici prossimi alla pensione o con problemi di salute; queste zone carenti anticipate possono essere sostenute economicamente dal mmg di AP titolare (piccola impresa singola, start-up) fino alla cessazione dall'attività; la sperimentazione delle "zone carenti anticipate ed attivate da subito" quindi non pesa sul bilancio economico regionale; il medico che può essere coinvolto in questo progetto sperimentale, per trasparenza, proviene, volontariamente, dalla stessa graduatoria unica regionale dei titolari di CA e prevedere regole e clausole di salvaguardia reciproca;

h- il percorso sperimentale di affiancamento/tutoraggio deve prevedere un riconoscimento per il mmg di AP di piccola impresa singola start-up al fine di poter accedere alle agevolazioni, alle defiscalizzazioni e alle detrazioni previste per le imprese e per le attività innovative autonome delle start-up;

i- il concetto di graduatoria unica, ruolo unico, accesso unico e tempo pieno sottende anche il libero transito e il libero passaggio tra titolarità in considerazione di criteri e punteggi specifici acquisiti per medici del territorio e per medici ospedalieri;

j- l'unica incompatibilità per i passaggi di titolarità da una carriera ospedaliera ad una territoriale e viceversa, se in possesso dei requisiti dei titoli e dei punteggi opportuni, è posta all'età di 50 anni compiuti;

k- i medici inseriti nella graduatoria unica e già titolari di CA possono partecipare in qualità di referenti a progetti sperimentali di auto attivazione ed autoorganizzazione e di coordinamento dei colleghi di CA e inseriti nelle sperimentazioni di affiancamento/tutoraggio che si rendono preventivamente e volontariamente disponibili in caso di catastrofi e disastri;

10. i team assistenziali territoriali manifestano operativamente l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare territoriale per rispondere ai nuovi bisogni derivati dall'incremento delle persone affette da condizioni patologiche croniche e dalle persone fragili (epidemia della cronicità/fragilità):

a- Il team territoriale è una organizzazione operativa assistenziale inserita nel capitolo più ampio dell'associazionismo medico; è una integrazione fattiva e pratica tra i vari attori, professionisti, operatori che agiscono sul territorio di una AFT/nucleo con l'obiettivo di assistere, dal punto di vista socio-sanitario-medico, la cronicità e la fragilità; il team si interfaccia con il mmg responsabile della salute dell'assistito che presenta problematiche legate alla cronicità/fragilità;

b- Il mmg individua la problematica cronica e progetta l'intervento multi professionale e multidisciplinare convocando formalmente le figure, le professioni e le discipline più adatte a comporre il team per risolvere sul territorio le problematiche presentate dal malato e dalla sua famiglia;

c- il modello assistenziale in team individua il mmg come il maggior esperto del territorio, delle famiglie e delle persone che lo hanno scelto e come gestore e governatore dell'assistenza territoriale; il mmg riveste fisiologicamente un ruolo centrale di esperto territoriale nell'insieme del disegno del team;

d- Il mmg ha già raggiunto il massimo possibile della sua progressione di carriera, non ha ruoli gerarchici e può quindi rivestire la funzione di coordinatore del team ponendosi alla pari con tutti gli altri professionisti ed operatori; non crea conflittualità e competizione per avanzamenti di carriera; il mmg può quindi garantire il buon funzionamento anche emotivo del team; il mmg è inoltre interessato alla produttività del team e alle soluzioni dei problemi perché agisce in favore dei propri pazienti che lo hanno scelto per fiducia;

e- il team assistenziale territoriale multidisciplinare e multi professionale garantisce una operatività assistenziale così detta low-cost cioè è in grado di essere economicamente competitivo nei confronti di altri modelli organizzativi territoriali; elemento strutturale dell'operatività del team è la riunione di programmazione e di operatività/produzione tra i vari componenti il team stesso coordinati dal mmg responsabile del paziente che manifesta il bisogno assistenziale e della gestione del governo clinico;

11. Governo Clinico e valutazione della performance:

a- Il paradigma bio-psico-sociale è alla base di tutta l'attività operativa e delle caratteristiche distintive della professionalità del mmg ricordate dai documenti Wonca: facile e semplice accessibilità, relazione fiduciaria, libera scelta, diffusione capillare, qualità omogenea, ampio gradimento, orientamento olistico e centrato sulla persona, formazione e miglioramento continuo, flessibilità, libera professione assoggettata alle leggi di mercato, centralità operativa "hub" di ogni mmg in grado di integrare tra loro professionisti territoriali e professionisti ospedalieri;

b- la validità del modello assistenziale della medicina generale italiana viene riconfermata anche da esperienze nazionali che da anni, senza frastuono, operano in modo integrato multi professionale e multidisciplinare con risultati superiori a quelli ipotizzati da altri modelli organizzativi esteri (KP, Chronic Care Model);

c- numerose consulenze straniere invitate a studiare il nostro modello assistenziale nazionale hanno dovuto riconoscere l'eccellenza della nostra struttura sanitaria e ne hanno tratto preziosi suggerimenti per ricostruire e rifondare SSN di oltreoceano;

d- l'integrazione territoriale (Team, AFT, aggregazioni multi professionali) permette un confronto diretto e strutturato tra specialisti ambulatoriali, ospedalieri, medici dei servizi, mmg, medici di Continuità Assistenziale, infermieri, assistenti sociali; favorisce la circolazione dei saperi ed una autoformazione continua che si ottimizza in percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e relazionali (PDTA-R) contestualizzati e realmente applicati; da questo deriva una appropriatezza massima in ogni direzione, una responsabilità condivisa, una accountability, una trasparenza, un coinvolgimento e una partecipazione che ogni componente delle forme associative automaticamente condivide direttamente con gli altri;

e- l'accessibilità alle informazioni scientifiche di efficacia degli interventi (EBM) sono facilmente condivise nel team e nelle associazioni;

f- tutto ciò realizza formazione ed apprendimento grazie ad un audit clinico intrinseco e ad una altrettanto automatica gestione dei possibili rischi collegabili all'attività clinica;

g- la rendicontazione formale di tutti questi passaggi diviene sintetica, condivisa direttamente nei team e nelle associazioni, riportata su sistemi elettronici semplici: tutto ciò evidenzia il lavoro svolto, le prestazioni, i servizi erogati, i criteri, gli indicatori e gli standard di riferimento;

h- l'integrazione territoriale ed in particolare il team rappresenta un concreto ed operativo problem solving bottom-up stabile nel tempo e permette, in modo autonomo, il conseguimento di obiettivi in merito all'assistenza alla cronicità complessiva e dei singoli assistiti non perseguibili su piani individuali;

i- il processo del governo clinico così inteso riconferma l'importanza etica e il valore del lavoro autogovernato e garantisce la presenza, per ogni processo assistenziale, di una meta, di regole e di modalità che ogni professionista attivo nel territoriale può dimostrare di seguire quotidianamente in quanto direttamente interessato alle procedure, ai risultati e all'andamento di efficienza che procurerà di contestualizzare nella realtà del singolo paziente e della sua famiglia.

j- la gestione del governo clinico rappresenta il fondamento dell'autonomia gestionale di impresa (start-up) della medicina generale territoriale e delle forme associative.

12. I tempi sono maturi perché i dati economici o numerici che attualmente e tradizionalmente rappresentano il metro di valutazione complessiva della performance dei mmg (per il 100%) possano essere completati da altri valori o da nuovi criteri; la scelta autonoma e autogovernata dai mmg di ulteriori valori o di criteri che possano includere le caratteristiche distintive della medicina generale territoriale (secondo le indicazioni Wonca) saranno in grado di dimostrare la progettualità produttiva, la sostenibilità e il merito delle AFT e delle associazioni; la necessaria attenzione al rapporto tra costi/risorse e risultati sostiene la necessità di considerare alcuni dati derivati dall'autovalutazione e dall'autogoverno dell'associazionismo territoriale dei mmg che analizzano alcuni aspetti di qualità e di merito dell'attività del mmg (qualità della vita percepita dagli assistiti, gradimento del servizio reso, relazioni e rapporti, competenze rassicurative, capacità d'accoglienza, la specificità socio-culturale del quartiere o della zona, diversità comportamentali dei gruppi, relazioni intra AFT, riduzione della mortalità assoluta, allungamento della vita e della qualità degli anni; carico di lavoro del mmg in relazione agli accessi/contatti giornalieri);

a- i valori ricordati ed altri rilievi devono entrare nel conteggio finale della valutazione globale di performance attraverso un processo sperimentale di indagine di gradimento eseguito con la tecnica della narrazione su un campione di assistiti e di mmg; dall'analisi emergeranno temi ed obiettivi che necessitano di essere raggiunti o perfezionati; l'AFT o l'associazione sceglierà poi alcune mete sulle quali i medici pensano di poter effettivamente influire per competenze e capacità;

b- la valutazione finale (100%) riguarderà senz'altro una parte dei criteri storici già utilizzati da tempo ma almeno per il 40% del totale della valutazione stessa dovrà considerare i temi ed i valori indicati dagli stessi mmg e sui quali gli stessi medici si sentono più forti, più preparati, più formati e più in grado di produrre modificazioni professionali assistenziali positive;

13- in un momento di particolare difficoltà è possibile asserire che il sostegno economico strutturale alle iniziative innovative finalizzate a migliorare comunque l'intero SSN, richiede un ripensamento ed una rimodulazione di alcuni elementi caratteristici del modello organizzativo attuale (per altro alcune modifiche sono già in atto: la partecipazione alla spesa, liste d'attesa e di trattamento) ; si considera necessario una revisione degli accessi alle domiciliarietà non ADI e degli accessi all'ambulatorio organizzato in gruppo h12 a fronte di un effettivo incremento dei servizi offerti dalle AFT/nuclei/gruppi/team h12-h24; da queste rimodulazioni "a notula" potrebbe derivare o essere istituito un fondo regionale per ogni AFT a sostegno di progetti di innovazione territoriale (team) gestito da un Collegio del Territorio;

a- la modifica di alcune attività tradizionali non più sostenibili attualmente permette di far fronte alla criticità attuale e consente di poter migliorare in modo significativo il servizio sul territorio in risposta ai reali bisogni di salute;

b- la partecipazione degli assistiti a sistemi di appropriatezza assistenziale (accessi) creano un fondo unico per ogni AFT dedicato alle attività di assistenza territoriale alla conicità e alla fragilità;

c- il fondo per la territorialità è gestito dal Collegio del Territorio chiamato ad esprimere il parere vincolante nei confronti delle iniziative assistenziali territoriali da sostenere o promuovere o incentivare all'interno dell' AFT di competenza;

e- le riunioni del Collegio del Territorio si svolgono, di massima, una volta al mese e hanno la durata massima di due ore; i componenti del collegio stesso stabiliscono il momento della giornata più conveniente per partecipare all'incontro;

f- il Collegio del Territorio non organizza e non sponsorizza eventi, manifestazioni o convegni o ricerche scientifiche e non finanzia alcuna consulenza esterna al Collegio stesso.

14- Il tema dell'assistenza H/24 o inerente l'intero arco della giornata mobilità un'attenzione e coinvolge profondamente anche la questione del tempo pieno e del ruolo unico; per H/24 si intende una continuità assistenziale territoriale per tutte le 24 ore della giornata e per tutti i giorni dell'anno; tradizionalmente e per convenzione questa continuità assistenziale è garantita dalla medicina generale/assistenza primaria dalle ore 8 alle 20 e dalla C A, più nota come Guardia Medica, dalle 20 alle 8; l'attività si estende anche ai giorni prefestivi e alle festività; questa sistema unisce la garanzia di una relazione medico-paziente di tipo fiduciario con un sistema che offre, ad orario e a rotazione, la disponibilità e l'utilizzazione di un servizio a disposizione delle persone che risiedono o si trovano in un dato periodo in un territorio definito;

a- Il servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica è organizzato, in prima istanza, a livello aziendale attraverso l'attivazione e l'operatività di sedi di Guardia Medica distribuite sul territorio;

b- l' H/24 distrettuale ipotizza un ambulatorio dedicato a questa funzione all'interno di locali aziendali che veda la presenza di un medico (mmg di AP o mmg di CA o mmg di AP+ mmg di CA) per tutte le ore della giornata; in questo caso si rischia una replica degli ambulatori detti "punto bianco" dove la disponibilità di un servizio a orario e a turnazione subentra alla mancanza di un servizio a rapporto fiduciario;

c- il disegno H/12 all'interno delle megastrutture o nelle strutture complesse di cure primarie è una attività sub-aziendale che si svolge all'interno dell'AFT/Nuclei e nelle megastrutture cioè all'interno della zona o del quartiere di riferimento per una data popolazione di assistiti;

d- il progetto riguardante l'H/24 per le AFT/nuclei e le megastrutture richiede una regolamentazione dei rapporti tra attività H/12 della medicina generale territoriale con la Continuità Assistenziale; in particolare occorre definire se viene attivata una sede dedicata alla CA all'interno di una AFT oppure se questa produzione può avvenire all'interno di una megastruttura specifica anche in caso di più megastrutture presenti in una stessa AFT e se questo può creare conflitti di opportunità assistenziali o professionali;

e- la medicina di gruppo operativa H/12 rappresenta, senza incertezze, il mattone fondamentale della piramide assistenziale e, insieme all'integrazione multi professionale e multidisciplinare in team, costituiscono le colonne portanti del riordino dell'assistenza territoriale; le medicine di gruppo e le forme equiparate possono garantire una equità assistenziale uniforme sul territorio senza creare difformità assistenziali e professionali; è necessario quindi eliminare ogni forma di limitazione alla realizzazione di medicine di gruppo e favorire, grazie alle tecnologie, una equiparazione di tutte le varie forme associative esistenti alle medicine di gruppo; le medicine di gruppo, pur a diversa complessità, fanno parte dell'AFT/Nucleo.

15- le iniziative innovative contemplate nell'art.1 garantiscono un disegno assistenziale moderno, economicamente competitivo low-cost fondato sull'azione bottom-up di imprese start-up costituite dai mmg e dalle relative associazioni in grado di produrre assistenza e gestire autonomamente il governo clinico dell'intero sistema assistenziale territoriale.

ART. 2 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. Questo nuovo patto/contratto (ex Accordo Collettivo Nazionale ACN) diventa uno strumento non solo di pianificazione ma anche di contrattazione/negoziazione ai vari livelli del sistema sanitario (nazionale, regionale, locale) ma soprattutto diviene elemento in grado di garantire una nuova ed assoluta trasparenza normativa per gli operatori ed per i cittadini.

2. Il livello di negoziazione nazionale individua:

a) le garanzie per i cittadini;

b) il ruolo, il coinvolgimento, le responsabilità, i criteri di verifica, le garanzie e le tutele, le responsabilità (inerenti l'organizzazione e la programmazione) per il personale sanitario convenzionato;

c) i servizi da erogare per assicurare i livelli di assistenza;

d) la compatibilità economica;

e) la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della applicazione del nuovo patto/contratto (ex ACN)

3. Il livello di negoziazione regionale attiene agli obiettivi di salute, ai modelli organizzativi e agli strumenti operativi per attuarli (strategie e finalità del Servizio Sanitario Regionale): secondo questo processo le Regioni possono integrare l' elencazione di compiti, definire incentivazioni e remunerazioni aggiuntive finalizzate al perseguimento di obiettivi e di risultati specifici per quel contesto o per quella contingenza regionale.

4. Il livello negoziale aziendale definisce in modo più aderente al quadro provinciale i progetti e le attività già indicati, come cornice generale, dalla programmazione regionale.

ART. 3 – NEGOZIAZIONE NAZIONALE.

Le Regioni e le Organizzazioni sindacali concordano che il livello di negoziazione nazionale, definisce:

a) natura, modalità e costituzione del rapporto contrattuale

b) incompatibilità;

c) requisiti per il mantenimento del rapporto contrattuale;

d) indicazioni nei confronti del numero massimale di scelte che un medico di medicina generale può acquisire collegabili ai modelli associativi, integrativi e di inserimento di nuovi medici;

e) definizione del ruolo, delle funzioni e dei compiti dei medici di medicina generale operanti nelle cure primarie (qualifica delle attività e delle prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative dovute agli assistiti sani, agli assistiti con patologie acute, agli assistiti con cronicità o fragilità nei diversi ambiti assistenziali) promuovendo il processo di presa in carico della persona a livello territoriale e la continuità dell'assistenza;

f) modalità e ambiti di esercizio della libera professione;

- g) definizione delle modalità di applicazione degli aspetti sanzionatori e conseguenti criteri di valutazione delle violazioni e delle penalità conseguenti fino alla sospensione del contratto di parasubordinazione con il SSN per i mmg e dei contratti stipulati con le alte dirigenze aziendali;
- h) avvio di processi che possano contribuire a costruire percorsi e linee guida di efficacia e di appropriatezza attraverso lo strumento principale della condivisione e dell'accordo tra operatori e professionisti attivi nell'assistenza territoriale; i percorsi e le linee guida individuati e contestualizzati (es.: attraverso le riunioni di audit o autoformazione o autoaggiornamento organizzati nelle AFT/nucleo, e nei team) verranno portati a conoscenza di tutti gli operatori ma anche dei cittadini a cura delle Regioni e delle Aziende;
- i) area funzionale e giuridica dell'emergenza e della medicina dei servizi, favorendo la loro piena integrazione nell'area delle cure primarie prevedendo il passaggio dell'emergenza e della medicina dei servizi, su tutto il territorio nazionale, alla dirigenza in tempi certi (entro 60 giorni dalla firma del patto/contratto); un mancato passaggio alla dirigenza di questi servizi dovrà prevedere una penalità economica alle regioni inadempienti senza alcuna forma punitiva nei confronti dei medici del 118 e dei servizi territoriali;
- j) criteri e modalità per la regolamentazione della graduatoria unica regionale per tutti i medici, accesso unico alla convenzione, ruolo unico di tutti i medici attivi nell'assistenza primaria, libero passaggio tra titolarità;
- k) criteri della rappresentatività sindacale definita in modo risolutivo in sede di trattativa nazionale e valida a livello nazionale, regionale e locale fino alla firma del successivo "patto/contratto";
- l) funzioni ed obiettivi delle forme associative della medicina generale e dei loro elementi costitutivi fondamentali: si prende atto che l'associazionismo medico territoriale si sviluppa attraverso due modalità principali: una funzionale rappresentata dalle AFT/nucleo ed una operativa espressa dalle medicine di gruppo; per AFT/nucleo/monoprofessionale si intende un certo numero di medici di medicina generale che operano in un territorio che può essere identificato come un quartiere o un comune o una area comprendente un totale di circa 20 mmg convenzionati operativi; l'AFT rappresenta l'elemento base, il nucleo, l'unità primaria fondamentale della "funzionalità" di tutto il sistema dell'organizzazione delle cure primarie; la medicina di gruppo, suddivisione dell'AFT, nelle sue varie evoluzioni e complessità anche multi professionale rappresenta a sua volta l'elemento base o il gruppo primario dell'operatività assistenziale a cui tutti i medici sono rivolti; una ulteriore suddivisione associativa territoriale è data dall'organizzazione in team degli attori coinvolti nell'assistenza territoriale: è una modalità assistenziale che coinvolge operativamente tutte le figure sanitarie, cliniche, mediche che si occupano, sul territorio, di cronicità e di fragilità; l'organizzazione in team assistenziali convive senza conflittualità con le AFT e i gruppi più o meno avanzati; nessuna struttura o organizzazione che comprenda al suo interno le medicine di gruppo, a diversa complessità, può includere ruoli o funzioni sovraindicate a quanto già in essere per le AFT/nuclei e per le medicine di gruppo componenti integranti delle AFT (che già prevedono coordinatori, referenti e portavoce); una medicina di gruppo può essere, sentito il parere volontario dei componenti stessi la MdG, inserita in quello che viene definita "megastruttura" e che a sua volta può contenere non solo professionalità mediche ma anche sanitarie, sociali, amministrative, riabilitative; anche in questi casi di maggiore complessità l'elemento base, l'attività operativa primaria è rappresentata dalla medicina di gruppo qualificante una megastruttura che senza la presenza della medicina di gruppo non sarebbe tale; la medicina di gruppo mantiene la propria identità e le proprie caratteristiche sia che si trovi in locali propri sia che venga inserita in una megastruttura;
- m) criteri generali nella gestione della formazione, nei suoi ambiti principali;
- n) entrata in vigore e durata del "patto/contratto" (Accordo nazionale);
- o) struttura del compenso;
- p) indicazioni generali in merito agli accordi regionali .

ART. 4 - NEGOZIAZIONE REGIONALE.

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro i sei mesi successivi all'entrata in vigore del presente "patto/contratto" (ex ACN), intese regionali per definire alcuni aspetti specifici:

- a) le responsabilità contrattuali, in relazione agli obiettivi regionali;
- b) l'attuazione di quanto indicato dall'art. 6;
- c) l'organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici territoriali con il supporto delle professionalità sanitarie e la realizzazione della continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7; all'interno di questa logica l'associazionismo medico avanzato in gruppo e l'integrazione multi professionale e multi disciplinare territoriale in team sotto la guida, il coordinamento e la responsabilità del mmg, rappresentano passaggi fondamentali per assicurare la programmazione assistenziale 24h/24h e 7gg/7gg;
- d) l'organizzazione dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi ponendo particolare attenzione al passaggio a dirigenza in tempi definiti (entro 60 giorni dalla firma del presente patto) dei due servizi; formalizzazione tramite documento ufficiale (su indicazioni generali ministeriali) delle competenze universali della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) e delle pertinenze della stessa Continuità Assistenziale deputata alle prestazioni non differibili quando viene coinvolta in attività di l'emergenza-urgenza; delle competenze universali del 118; delle competenze e delle responsabilità del personale infermieristico laureato utilizzato nell'emergenza-urgenza; delle competenze e degli ambiti di azione delle organizzazioni di volontariato operanti nel campo dell'emergenza urgenza; ulteriore specificazione ufficiale, trasparente e documentale, dovrà riguardare la programmazione regionale riguardante la Continuità Assistenziale (Guardia Medica) nella quale si specifica, nella pianta organica, il numero delle sedi necessarie ad un territorio specifico, le motivazioni delle razionalizzazioni delle sedi stes operate dalle aziende locali, la natura e le competenze delle organizzazioni di volontariato, i processi decisionali di incarico di titolarità e di sostituzione, la definizione uniforme in ambito regionale dei tempi di incarico di sostituzione di titolarità che devono privilegiare e incentivare incarichi di almeno 12 mesi continuativi per assicurare una reale continuità dell'assistenza e ridurre la sensazione di massima precarietà nei giovani medici;
- e) le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse; l'organizzazione degli strumenti di monitoraggio e controllo, la revisione di questi stessi strumenti;
- f) la modalità di partecipazione dei medici di medicina generale alla definizione degli obiettivi di programmazione, di budget e alle responsabilità di attuazione con accordi condivisi e firmati dalle OOSS rappresentative e presenti ai tavoli di contrattazione;
- g) con il presente patto/accordo si abolisce la prassi di considerare valido un accordo quando questo viene firmato da una sola OOSS rappresentativa; la metodologia instaurata durante le contrattazioni dei pregressi accordi nazionali annulla di fatto la possibilità di produrre contributi e partecipazioni propositive o critiche da parte delle OOSS minoritarie ancorché rappresentative;
- h) i criteri e le modalità organizzative del sistema informativo fra operatori - associazioni - aziende - regione; l'intero sistema informativo-informatico è a carico delle regioni in ogni suo aspetto: linee, applicativi, rinnovamento macchine, riparazioni, assistenza, aggiornamenti, modifiche tecnologiche; nulla può essere a carico del mmg; il programma applicativo, di proprietà regionale, diviene unico, semplice e affidabile e strutturato sul tipo della cartella detta "per problemi" in grado di presentare, in un'unica videata iniziale, tutte le

informazioni essenziali operative e di permettere tutte le azioni e le rendicontazioni necessarie inerenti l'assistito così come da tempo sta avvenendo, in modo affidabile e semplice, con la modalità di prescrizione dei farmaci, degli esami o delle indagini; l'impegno completo regionale vale anche per ogni progetto di mobilità o di wareless territoriale; difetti di funzionamento operativo (anagrafica, tiket, variazioni reddito, numero di prescrizioni che devono essere contenute in una ricetta o di farmaci, certificazioni, ricetta elettronica, fascicolo sanitario, cambio periodico della password ecc.) devono essere riparati in modo automatico e in tempo reale a carico del sistema informatico regionale senza prevedere nessun tipo di penalità per i mmg anche in considerazioni dell'estrema instabilità dimostrata dagli applicativi attualmente in uso ogni qualvolta si apportino modifiche o aggiornamenti; la tecnologia avanza a velocità esponenziale ed è compito delle amministrazioni regionali farsi carico delle modifiche e delle innovazioni in quanto la tecnologia e le sue applicazioni pratiche, semplificate, stabili e intuitive sono elementi essenziali per attuare il governo clinico a vantaggio degli assistiti e del SSN;

- i) la ri-organizzazione della formazione di base, della formazione specifica, della formazione continua e dell'aggiornamento professionale è urgente e necessario al fine, in particolare, di definire criteri curriculari ufficiali e modalità concorsuali di accesso al corpo docenti previsto per la formazione specifica regionale in Medicina Generale; una selezione più trasparente serve a determinare ruoli e funzioni in grado di eliminare alcuni conflitti di interessi; sono quindi azzerati tutti i corpi docenti delle formazioni specifiche in attività; annullati i crediti curriculari acquisiti in questi anni nell'attività di docenza specifica; rinnovati completamente i designatori regionali e ricomposti i corpi docenti su nuove regole semplici e nitide dove l'anzianità di attività professionale di mmg diventa un requisito primario; gli incontri di team, di nucleo, di gruppo, la loro organizzazione, le docenze generali e quelle svolte negli incontri stessi, l'attività sindacale locale, regionale e nazionale, l'attività organizzativa delle associazioni mediche AFT e dei Gruppi, le pubblicazioni, il tutoraggio, l'attività operativa multi professionale e multidisciplinare di team, il rapporto con il volontariato, l'affiancamento permettono l'acquisizione di crediti ECM equiparati ed assimilati a formazione e ad aggiornamento sul campo;
- j) Il corso di formazione specifica in medicina generale viene trasformato in specialità in Medicina Generale Universitaria ed equiparata a tutte le altre specialità dal punto di vista economico, previdenziale, assicurativo e vengono altresì eliminate tutte le incompatibilità non coerenti con la trasformazione del corso specifico in specialità; per i medici che attualmente frequentano il corso di formazione specifica avviene l'equiparazione, al momento del diploma, alla specializzazione in medicina generale;
- k) l'azzeramento dei pregressi corpi docenti richiede la composizione di un nuovo elenco di docenti nel quale verrà riconosciuto un punteggio particolare alla professionalità continuativa di mmg da almeno 25 anni affinché la maggior parte dei docenti di questo corso di specializzazione in medicina generale universitario sia composto da mmg in attività continuativa nel campo della medicina di famiglia;
- l) ogni medico abilitato e/o specialista e/o equipollente può partecipare ai concorsi indetti per ricoprire ruoli e funzioni all'interno dell'intero SSN così come è consentito il libero passaggio tra ogni tipo di titolarità fatto salvo i criteri di elezione (vedi art.1, comma 9);
- m) gli organismi di partecipazione e rappresentanza dei Medici di medicina generale a livello regionale secondo quanto stabilito a livello nazionale al momento della firma del patto;
- n) l'attuazione dell'art. 8 comma 2, lettere b, c ed e
- o) in caso di mancata osservanza del punto 1 dell'art. 4 del presente patto sono previste sanzioni economiche stabilite a livello ministeriale per le Regioni inadempienti e nulla deve essere a carico dei medici.

ART. 5 – OBIETTIVI DI CARATTERE GENERALE.

Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, concordano nella realizzazione di alcuni fondamentali obiettivi quali:

- a) garantire su tutto il territorio nazionale da parte del SSN l'erogazione ai cittadini dell'attività assistenziale prevista dai LEA o da quanto regolato da eventuali modifiche degli stessi LEA.
- b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nel senso esteso della presa in carico dell'utente e definendo i compiti, le funzioni e le relazioni tra le figure professionali coinvolte a livello territoriale, partendo dalla trasparente valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale e di emergenza territoriale;
- c) realizzare un riequilibrio, fra ospedale e territorio con conseguente redistribuzione delle risorse, sulla base delle erogazioni prestate in ragione dell'efficienza, della efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici e del benessere dei cittadini (come all'art.4 punto 1c) senza incoraggiare alcuna conflittualità concorrenziale tra le AO e AUSL ma promuovendo l'integrazione operativa secondo quanto sostenuto dalla rappresentazione di un territorio forte congiuntamente ad un ospedale forte in considerazione delle specifiche competenze;
- d) favorire l'assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nella programmazione socio-sanitaria e considerando fondamentale il coinvolgimento decisionale, istituendo il Collegio del Territorio, degli operatori e delle professionalità/discipline attive nell'assistenza territoriale;
- e) condividere ed inserire nella programmazione regionale e aziendale, strumenti di gestione (es.: di governo clinico) che garantiscano una concreta responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte a garanzia degli obiettivi di salute e della valorizzazione della professionalità dei medici territoriali;
- f) promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria;
- g) sostenere comportamenti esemplari o testimoniali di prevenzione primaria da parte dei mmg come base primaria di ogni educazione sanitaria (la letteratura internazionale dimostra come l'attività fisica rappresenti lo stile di prevenzione generale più efficace ed efficiente per far fronte a numerose patologie croniche; i mmg associati ed inseriti in megastrutture attrezzate possono quindi utilizzare la palestra riabilitativa prevista in questi locali in orario di lavoro h12 o h24; possono altresì utilizzare gli istruttori o gli esperti coinvolti nelle attività di prevenzione pubblica con programmi specifici detti "palestre sicure" o di "riabilitazione metabolica motoria"; da questo punto di vista si ribadisce la necessità che le nuove strutture associative complesse per la medicina generale nelle quali si ipotizzano permanenze prolungate degli operatori e dei medici si richiamino a progetti moderni e funzionali, anche low cost, che includano servizi in ogni ambulatorio);
- h) favorire lo sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, uniformemente denominate a livello nazionale, associate ad una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale per i medici e i professionisti che operano nell'assistenza (es.: incontri di formazione ed autoformazione di AFT/nuclei, gruppi; informazioni e scambio di pareri professionali nei team);
- i) favorire una integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali soprattutto a livello dei team territoriali in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i nodi della rete di assistenza (team multi professionale e multidisciplinare, integrati e operativi a livello territoriale per le problematiche presentate dalle persone fragili e dai malati affetti da patologie la cronicità, gestiti e coordinati dal mmg);

- j) favorire la presa in carico da parte del sistema di cure primarie degli assistibili, in particolare se fragili o non autosufficienti, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili ed appropriati attivando tutte le risorse e le sinergie rese disponibili dalle reti assistenziali.

ART. 6 – STRUMENTI.

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

- realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute, la presa in carico dell'utente, il governo dei percorsi sanitari e sociali, l'appropriatezza degli interventi e la sostenibilità economica. Ciò consentirà al territorio, di soddisfare, nella misura più concreta possibile, la domanda di salute a partire già dal primo intervento e dal punto di primo accesso al SSN cercando di ricondurre le liste di attesa a valori temporali accettabili;
- applicazione degli strumenti di cui all'articolo 26bis, 26ter, 59bis, 59ter dal momento che gli stessi possono sostenere nel modo più efficace il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel "patto";
- strumenti fondamentali per la realizzazione del nuovo modello assistenziale territoriale bio-psio-sociale sono i team multi professionali e multidisciplinari assistenziali orientati in modo particolare alla fragilità/cronicità, gestiti e coordinati dal mmg ed in grado di coinvolgere tutti gli attori che operano sul territorio; ulteriori strumenti sono il ruolo, l'accesso e la graduatoria unica per accedere alla medicina generale territoriale; i liberi passaggi tra titolarità; la concreta soluzione dell'inserimento strutturato dei giovani medici nell'Assistenza Primaria; ognuna di queste iniziative innovative e ognuno dei modelli operativi ed assistenziali citati possono convivere con qualsiasi altro sistema organizzativo già esistente (AFT/nucleo, gruppi a diversa complessità);
- le Regioni e le OOSS, concordano di organizzare, utilizzando linee di indirizzo e linee guida nazionali, percorsi formativi adeguatamente progettati per la fase di formazione pre-laurea e pre-abilitazione;
- dovranno essere definiti anche percorsi formativi periodici e comuni tra medici e professionisti sanitari che operano nel territorio e medici e professionisti sanitari che operano in ospedale; da questo punto di vista l'esperienza dimostra come lo strumento più opportuno per questi percorsi formativi siano gli incontri di autoaggiornamento e di autoformazione già attivi nelle associazioni territoriali (AFT/Nuclei, gruppi; scambio di pareri professionali nei team); tali percorsi, autogestiti dalle associazioni territoriali, dovranno tendere all'acquisizione di strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione e alla appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali facendo riferimento a quanto suggerito dalle società scientifiche, dalle linee guida, dalle raccomandazioni, dalla medicina basata sulle evidenze ma preoccupandosi di contestualizzare l'insieme di queste conoscenze;

ART. 7 – RUOLO E PARTECIPAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI.

1. Le Regioni e le OOSS (fermo restando la natura convenzionale del rapporto per il singolo professionista e accantonando, al momento, ogni ipotesi di passaggio alla dipendenza dei mmg che non può essere attuata nemmeno parzialmente o regionalmente o localmente), concordano che la maggiore partecipazione alle scelte di programmazione e gestione dei medici di medicina generale operanti nel territorio comporti un equivalente e contemporaneo aumento di autonoma responsabilità nella gestione dei dettami relativi al governo clinico; il team territoriale diventa strumento applicativo e operativo per realizzare la maggior responsabilità gestionale autonoma dei dettami relativi al governo clinico;

2. La mancata adesione agli obiettivi e ai percorsi concordati a livello nazionale e regionale diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione che può arrivare anche alla revoca, secondo quanto previsto dai rispettivi articolati di settore; da questo punto di vista è necessario una consapevolezza diffusa ed uniforme dei professionisti al fine di aderire agli obiettivi e ai percorsi in modo consapevole e convinto; a causa della farraginosità e della ambiguità di alcune norme gli obiettivi proposti possono essere stati poco compresi e vissuti come calati dall'alto di interesse limitato;

3. Il coinvolgimento diffuso e convinto, soprattutto nel momento attuale di crisi economica globale, indica come necessario, efficiente e appropriato una completa revisione delle numerose consulenze aziendali fiduciarie esterne alle aziende che hanno finito per divenire poco comprensibili ed hanno creato confusione tra obiettivi e interessi; le scelte fiduciarie non solo hanno mortificato le professionalità presenti all'interno delle aziende stesse comportando investimenti di denaro pubblico considerevoli ma hanno permesso ad alcuni di poter pensare ad uno stravolgimento di una delle caratteristiche della medicina generale: il medico di famiglia, entrando in convenzione, raggiunge il massimo della sua possibile carriera, non ha mai avuto e non deve avere nessun ulteriore ruolo sovraordinato gerarchico; sono accettabili solo ruoli o funzioni di servizio di tipo elettivo a scrutinio segreto come può essere quello di coordinatore di AFT/nucleo/gruppo;

4. quando una organizzazione associativa della medicina generale territoriale, funzionale o operativa, richiede una funzione rappresentativa o di coordinamento è necessario, per garantire quanto indicato dai commi 1 e 2 di questo articolo 7, che ogni delegato venga eletto dai colleghi secondo le prassi dell'elezione a scrutinio segreto abolendo ogni forma o modalità di nomina fiduciaria;

5. la forma associativa basilare nella medicina generale è rappresentata da un insieme di mmg appartenenti ad un territorio od un quartiere denominato AFT/nucleo: i medici dell'AFT/nucleo eleggono il proprio referente/coordinatore e questa figura, proprio perché eletta, rappresenta il massimo ruolo di rappresentanza dei colleghi del nucleo stesso; non sono quindi opportune, nella medicina generale, figure fiduciarie o ulteriori referenti/coordinatori di medicine di gruppo anche se queste vengono inserite in strutture avanzate o complesse o megastrutture in quanto quelle stesse medicine di gruppo fanno parte e sono già inserite in una AFT/nucleo e sono quindi già rappresentate dal collega eletto;

6. in riferimento a quanto ipotizzato in alcuni documenti un eventuale passaggio a dipendenza/dirigenza, per decreto, di tutte le professionalità inserite nella accordo detto "convenzione" questo deve coinvolgere indistintamente tutti i professionisti convenzionati; il passaggio contrattuale dovrà inoltre liquidare gli investimenti ed i contratti completati e sanciti in questi anni dai mmg singoli o dai gruppi che non hanno potuto usufruire di strutture pubbliche; il passaggio alla dipendenza/dirigenza dei medici convenzionati potrebbe, da questo punto di vista, ridurre quella disomogeneità assistenziale creata dal fatto che ad alcuni è stato concesso la possibilità di aggregarsi e di utilizzare strutture pubbliche con contratti agevolati e/o di comodato ad altri invece questo è stato negato;

7. con riferimento al comma 3 di questo articolo 7 si considera inappropriato il ricorso all'assunzione, a contratto, di personale già pensionato motivandolo, in modo unilaterale, come stato di necessità: in questo modo è stata scoraggiata ogni iniziativa di ricambio culturale interno, di innovazione, di utilizzo di forze nuove e preparate ma soprattutto sono state avvilite i professionisti interni alle stesse aziende; questo comportamento dettato da un mal compreso ruolo dirigenziale ha causato disagi e diseconomie e non può rientrare tra i criteri di una conduzione appropriata di una organizzazione sostenuta dalla contribuzione pubblica.

ART. 8 – STRUTTURA DEL COMPENSO.

- Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto degli indirizzi del governo in materia di rinnovo di convenzioni e contratti nella pubblica amministrazione (D.Lgs. 30 marzo 2001 n.165), convengono sulla necessità che il compenso dei medici di medicina generale, sia strutturato secondo il seguente schema e comprenda una parte di compenso finalizzata alla produzione del reddito e una parte finalizzata alla produzione dell'assistenza:

- a- quota capitaria/quote orarie
- b- quota derivante dalla partecipazione (automatismo) e al perseguimento degli obiettivi di salute programmati (nazionali e regionali): in questo caso sono possibili incentivi di struttura, di processo, di risultato, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo clinico, di appropriatezza, di compatibilità, di qualificazione, di prestazioni organizzative e cliniche aggiuntive per team e gruppi,
- c- quota derivante dalla libera professione (intra moenia territoriale),
- d- quota per la produzione dell'assistenza (a completo carico aziendale e/o completamente detraibile).

ART. 9 – AUMENTI CONTRATTUALI.

(Articolato in via di completamento)

Art. 10- DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA – OSSERVATORIO.

(Abolito)

Art. 11- ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL'ACCORDO.

(Abolito)

1.2.0 PARTE SECONDA

1.2.1 DISCIPLINA DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ART. 12 – PREMESSA.

1. Le novità introdotte, nell'ordinamento costituzionale e nelle procedure di contrattazione con la legge 27 dicembre 2002 n. 289, comportano una nuova strutturazione del rapporto convenzionale; la stesura del questo "patto/contratto" (ex-ACN) per la medicina generale è finalizzato anche a modificare il rapporto tra Regioni e categorie mediche che operano nel territorio al fine di consolidare in modo significativo il nuovo ruolo del Servizio Sanitario Nazionale soprattutto orientato all'integrazione multidisciplinare e multi professionale territoriale; si rende necessario quindi rivedere la contrattualistica e le regole juslavoristiche di ogni specifica categoria professionale operante sul territorio e coinvolta nell'integrazione con l'obiettivo di facilitare la condivisione degli intenti assistenziali; è possibile inoltre considerare la prossima nascita di un'unica categoria professionale composta da medici-clinici-sanitari e operatori assistenziali del territorio laureati e non, che pur nella diversità dei ruoli, delle competenze e delle responsabilità, compongano insieme un'unica area professionale con un unico sistema previdenziale/contrattuale;

2. All'interno di questa possibile area professionale territoriale la Medicina Generale italiana si richiama, storicamente, alle definizioni europee di Medicina Generale/di Famiglia data da WONCA Europa (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia) redatta nel 2002 e rivisitata dalla conferenza Wonca di Varsavia dell'2011 e dal Consiglio Wonca di Vienna nel 2012. Il valore di tale definizione comprende l'intero ambito culturale, scientifico, professionale, formativo della medicina generale ed è finalizzato alla necessità di far riconoscere alla Medicina Generale ruolo, identità e responsabilità favorendo così una ulteriore crescita qualitativa e uno sviluppo coerente riconosciuto da tutta la comunità scientifico-professionale europea alla quale appartiene; pertanto i medici di medicina generale italiani sono considerati veri specialisti in medicina generale territoriale e dopo 10 anni di attività continuativa nella medicina generale territoriale ne viene sancita l'equipollenza alla specialità di medicina interna; i mmg sono infatti formati ai principi della disciplina, sulla base delle caratteristiche di seguito elencate che ne definiscono le peculiarità professionali distintive:

- a) la medicina generale è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, e ogni altra caratteristica della persona;
- b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità ed assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
- c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
- d) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;
- e) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
- f) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
- g) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
- h) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
- i) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
- j) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
- k) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.
- l) ha un ruolo fondamentale di educazione sanitaria orientata a favore corretti stili di vita anche con la sua propria testimonianza diretta e concreta ed in particolare sostiene e accompagna l'autonomia del malato nel gestire la propria patologia (empowerment)

CAPO I

PRINCIPI GENERALI

ART. 13 - CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il presente "patto" (ACN) regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia, e sotto il profilo economico, giuridico e organizzativo, il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio dell'attività professionale di medico di medicina generale con le Aziende Sanitarie Locali, per lo svolgimento dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

- a) assistenza primaria;
- b) continuità assistenziale;
- c) medicina dei servizi territoriali;
- d) emergenza sanitaria territoriale.

ART. 13 bis – COMPITI E FUNZIONI DEL MEDICO.

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

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;

- persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con un utilizzo delle risorse disponibili il più appropriato possibile.
- 2. Le funzioni ed i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità del medico "convenzionato".
- 3. Al fine di espletare compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di una aggregazione funzionale territoriale (AFT) monoprofessionali di medicina generale di cui all'art. 26 bis e opera in gruppo o in rete. La strutturazione operativa detta medicina di gruppo o in gruppo è considerato l'elemento basilare fondante del SSN e del SSR. I gruppi possono essere inseriti in unità più complesse ed evolute di cure primarie dette anche unità complesse di cure primarie multiprofessionali mantenendo comunque le caratteristiche distintive proprie delle medicine di gruppo.
- 4. La così detta medicina in rete è ad esaurimento e continua ad essere remunerata fino al passaggio alla medicina di gruppo.
- 5. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'azienda sanitaria come previsto dall'art. 59 bis del presente accordo secondo quanto ricordato dall' Art.4, comma1, punto g.
- 6. Ai fini dell'assolvimento dei compiti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008 per la realizzazione del progetto tessere sanitaria e ricetta elettronica, nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 59 bis, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi completamente messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti certi e definiti fra le parti a livello regionale secondo quanto ricordato dall' Art.4, comma1, punto g.
- 7. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante del patto/contratto tra le parti e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN secondo quanto ricordato Art.4, comma1, punto g così come rappresentano altresì condizioni irrinunciabili per il mantenimento del ruolo di alta dirigenza aziendale/regionale.

ART. 14 – CONTENUTI DEMANDATI ALLA NEGOZIAZIONE REGIONALE.

1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni regolano le attività assistenziali in modo integrativo a quanto stabilito dal accordo/patto/contratto nazionale secondo le programmazioni delle Regioni che richiedono coerenza con quanto riportato nell' accordo/patto/contratto nazionale.

2. In armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni stimolo all'innovazione a livello locale sul piano organizzativo, sono affidati alla trattativa regionale i temi (o parte di essi) contenuti nei seguenti articoli fatto salvo una loro contestualizzazione in osservanza alle linee guida definite a livello ministeriale:

PARTE SECONDA Capo I° : PRINCIPI GENERALI

Art. 23 - Comitato aziendale

Art. 24 - Comitato Regionale;

Art. 25 – Programmazione e monitoraggio delle attività;

Art. 26 – Team territoriali gestiti e coordinati da mmg;

Art. 27 – Appropriatelyzza delle Cure e dell'uso delle risorse;

Art. 32 – Assistenza ai turisti

PARTE SECONDA Capo II° : ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 34 – Pubblicazione e copertura delle zone carenti di assistenza primaria;

Art. 35 - Instaurazione del rapporto convenzionale;

Art. 37 - Sostituzioni;

Art. 38 - Incarichi provvisori;

Art. 40 – Scelta del medico;

Art. 44 – Elenchi nominativi e variazioni mensili;

Art. 46 – Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza;

Art. 53 – Assistenza domiciliare programmata;

Art. 54 – Forme associative dell'assistenza primaria;

PARTE SECONDA Capo III° :CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Art. 70 – Sostituzioni ed incarichi provvisori;

Art. 71 – Organizzazione della reperibilità;

PARTE SECONDA Capo IV° :MEDICINA DEI SERVIZI

Art. 78 – Compiti e doveri del medico – Libera professione.

PARTE SECONDA Capo V° :EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Art. 92 - Individuazione e attribuzione degli incarichi

Art. 93 – Massimale Orario

Art. 95 – Compiti del Medico – Libera Professione

Art. 97 – Sostituzioni, Incarichi Provvisori – Reperibilità

PARTE SESTA: ALLEGATI

Allegato G :Assistenza domiciliare programmata.

Allegato H :Assistenza domiciliare integrata.

3. Gli Accordi regionali, definiscono i compiti e le attività che saranno svolte dai medici di medicina generale:

- a) in modalità aggiuntiva rispetto a quanto previsto dal "patto/contratto" (ex-ACN),
- b) in forma associativa,
 - b1) nelle forme previste dagli art. 26 bis e 26 ter;
- c) in forma integrata a livello territoriale dai team multidisciplinari e multiprofessionali
- d) per il rispetto di livelli di spesa programmati.

4. Gli accordi regionali riguardanti le attività aggiuntive possono prevedere:

A) l'erogazione di prestazioni tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, per:

- a) interventi sanitari relativi all'età anziana (es.: a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività) in particolare si ritiene necessario affrontare le problematiche inerenti i malati affetti da patologie croniche e le persone considerate fragili attraverso lo strumento dell'attività operativa di integrazione in team multiprofessionale e multidisciplinare territoriale sotto la guida del medico di medicina generale che a sua volta svolgerà il ruolo di responsabile dell'attività operativa dell'intero team;
- b) assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali (es.: in team territoriali integrati con i servizi territoriali e con i professionisti deputati);
- c) processi assistenziali riguardanti patologie sociali (es.: in team integrati con i servizi territoriali e i professionisti deputati);

- d) assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale (es.: in team integrati con i servizi territoriali e i professionisti deputati);
- e) sperimentazione di iniziative di telemedicina (es.: con particolare attenzione ai processi e ai sistemi di comunicazione tra i componenti il team integrato) ;
- f) partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale (es.: con particolare attenzione al promozione dell'attività integrata di team territoriale gestito dal mmg);
- g) individuazione ed organizzazione operatività delle strutture intermedie a gestione medica territoriale ed infermieristica;
- h) prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato D), parte "A" e "B".

B) linee guida di priorità in merito a:

- a) iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute nei confronti di singoli soggetti o gruppi di popolazione usufruendo anche dell'opportunità di utilizzare le sale d'aspetto delle associazioni mediche per presentare programmi audio-video di educazione sanitaria e si ritiene altresì fondamentale promuovere comportamenti esemplari e di testimonianza da parte degli stessi medici di medicina generale in grado di dimostrare l'effettiva possibilità di modificare stili di vita eventualmente disadattati e diseconomici per la comunità (es.: attività fisica quotidiana, in orario di lavoro, assistita da professionisti della "riabilitazione metabolica motoria" o da operatori delle "palestre sicure"; questa attività può essere svolta dai medici e dagli operatori socio-sanitari nelle palestre riabilitative strutturalmente collegate alle associazioni mediche territoriali avanzate) ;
- b) attività di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione, in particolare contro i rischi oncologici metabolici e cardiovascolari, anche mediante richiamo periodico delle persone sane (medicina di iniziativa);

C) lo svolgimento, fatto salvo quanto previsto dagli art. 59 bis e 59 ter, delle seguenti attività, anche attraverso sistemi informatici:

- a) partecipazione a procedure di verifica della qualità;
- b) svolgimento di attività di ricerca epidemiologica;
- b1) svolgimento di attività riferite all'erogazione di ulteriori servizi richiesti dalla regione e condivisi nel comitato regionale;

5. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati; i livelli di spesa programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse che trovano un nuovo strumento operativo efficace ed efficiente nell'attività del team integrato multi professionale e multidisciplinare territoriale gestito dal mmg; il team è in grado di realizzare obiettivi virtuosi nel senso dell'appropriatezza e della gestione delle risorse proprio perché sistema esperto nell'individuare soluzioni appropriate delle problematiche assistenziali socio-sanitarie e nel contestualizzarle; Il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato, secondo il disposto del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.

6. Gli accordi regionali disciplinano la forma, le modalità di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti, in rapporto al tipo di attività svolta dal medico convenzionato ed in particolare quando il mmg opera in forma associata e nello specifico in team integrato territoriale; Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale è prevista, per ogni modalità associativa, la fornitura di personale, locali e attrezzature, al fine di prevenire difformità di opportunità professionali e di attività assistenziale nei confronti degli cittadini.

7. Al fine di permettere una attività operativa ottimale anche dal punto di vista legale una medicina di gruppo deve prevedere possibili assenze, malattie, ferie, imprevisti sia dei medici che del personale e si considera quindi adeguato un numero minimo medici associati, un figura amministrativa ogni due medici associati e una infermiera ogni 4 medici associati.

8. La letteratura di settore ha documentato numeri assoluti di accesso/contatti giornalieri per ogni mmg operante in gruppo molto elevati e tali da creare carichi di lavoro relativi al volume degli accessi difficilmente riscontrabili in altri settori: il carico di lavoro derivato dal numero di accessi/contatti del mmg rientra quindi nei criteri di valutazione della performance dei mmg.

9. Ai fini della ristrutturazione del compenso del medico, le parti concordano sul fatto di assegnare incentivi mirati all'associazionismo medico territoriale e alle attività di team integrati. In ogni caso ogni forma di compenso aggiuntivo o di incentivi deve seguire la regola della trasparenza e dell'uniformità su tutto il territorio attenendosi ad un nomenclatore tariffario stabilito a livello nazionale/regionale.

7. Gli accordi regionali disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale e di assicurare quanto affermato dal precedente punto 6. Nel rispetto dell'autonomia aziendale non potranno essere accettati, dai responsabili regionali e finanziati con denaro pubblico, progetti aziendali che abbiano un interesse limitato e che vedano la partecipazione di poche persone o di incarichi fiduciari per programmi "sperimentali" scelti in modo unilaterale senza il parere favorevole di tutte le OOSS rappresentative nel comitato regionale .

8. Nell'ambito degli accordi regionali possono essere definiti altri parametri di valutazione per particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale da concordare comunque in sede di Comitato Regionale con tutte le OOSS rappresentative.

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE.

1. I medici che saranno incaricati di funzioni e di ruoli nel SSN ed in particolare i medici che dovranno operare nei settori disciplinati dal presente patto/contratto sono individuati all'interno della graduatoria unica per la medicina generale/territoriale predisposta annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente patto/accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione delle graduatorie. La formulazione di una graduatoria unica regionale comprende tutte le attività professionali abilitate e, in parte, disciplinate dal presente accordo. Le graduatorie hanno validità di un anno a partire dal 1 gennaio dell'anno al quale sono riferite, decadono il 31 dicembre dello stesso anno, e sono utilizzate anche per il conferimento di incarichi provvisori. La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, ed è valida fino alla richiesta di essere revocato dalla graduatoria espressa dal medico interessato, mentre annualmente possono essere presentate integrazioni di titoli aggiuntivi sulla base dell'Allegato A1 del presente patto/contratto/accordo. Annualmente, sulla base delle domande presentate e delle domande integrative, viene predisposta la graduatoria regionale relativa all'anno in corso e viene comunicata ufficialmente direttamente anche per mail a tutti gli interessati e componenti stessi delle graduatorie.

2. Il rapporto di lavoro di cui al presente patto/contratto/accordo può essere instaurato da parte delle aziende solo con i medici in possesso dell'attestato detto di formazione in medicina generale ma trasformato, come indicato dall'art. 4 (commi h,i,j,k) del presente patto/contratto, in specializzazione in medicina generale territoriale, titolo equipollente/equivalente alla medicina interna, richiedendo una modifica di quanto previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277; in considerazione dello stato anagrafico e del numero dei mmg convenzionati prossimi alla cessazione dell'attività è appropriato che la graduatoria unica regionale inserisca una sanatoria per quei medici (numero residuale) che si trovano in situazioni anomale rispetto ai decreti legislativi 8 agosto 1991, 256, 17 agosto 1999 n. 368, 8 luglio 2003 n. 277; le regioni, su indicazione ministeriale, provvederanno pertanto a definire operativamente sanatorie e titoli equipollenti/equivalenti al fine di definire una graduatoria unica regionale per tutte le professioni mediche in attesa di inserirsi operativamente nel SSN.

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

- a) iscrizione all'albo professionale;
- b) essere in possesso della specialità in medicina generale territoriale (ex-attestato di formazione in medicina generale) o di sanatoria o di titoli equipollenti ed equivalenti con modifica di quanto previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277,.

4. Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria unica regionale, differenziata per settori dal valore del punteggio, devono presentare o inviare plico raccomandato oppure mail-pec entro il termine del 31 gennaio all'Assessorato alla sanità della Regione o all'ufficio ASL segnalato dalla regione o ad altro soggetto individuato dalla Regione; nella domanda verrà indicato il settore di preferenza nel quale il medico vuole essere inserito così come possono essere indicate le preferenze per la provincia o la zona nella quale si intende prestare la propria attività; la domanda unica e conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati con autocertificazione o con dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

5. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati i titoli accademici e di servizio posseduti, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

6. Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale unica in caso di ulteriori titoli acquisiti inoltra la documentazione aggiuntiva ed integrativa per mezzo dello stesso Allegato A1; con la stessa modalità il medico può esprimere il desiderio di essere inserito in un settore specifico o di cambiare il settore precedentemente indicato.

7. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 16, predispone una graduatoria regionale unica con eventuali sottograduatorie di settore richieste da singolo medico valevole dal 1° gennaio al 31 dicembre.

8. La graduatoria è resa pubblica sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione (1° gennaio) i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

9. Dalla graduatoria unica regionale possono essere estratte sotto-graduatorie regionali di settore.

10. Alla graduatoria unica regionale possono partecipare tutti i medici che hanno superato l'esame di stato e possono quindi essere inseriti nell'elenco dei medici disponibili a ricoprire carenze assistenziali del SSN e del SSR .

11. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in uno dei settori esaminati nel presente patto/contratto/accordo non entrano nelle graduatorie di settore e possono concorrere a passaggi di titolarità solo per trasferimento.

12. Le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi Regionali agendo in deroga alle procedure previste dal presente patto/contratto in materia di attribuzione degli incarichi, possono ricercare la disponibilità alla copertura di incarichi per ruoli improvvisamente vacanti o scoperti contattando i medici inseriti nella graduatoria regionale unica o nella sotto-graduatoria di settore relativa oppure, ove necessario, interpellando altri medici della graduatoria unica, in ordine decrescente di punteggio, che si rendano disponibili.

13. La graduatoria unica regionale è utilizzata anche per partecipare al progetto di studio sperimentale dell'inserimento dei giovani medici nelle AFT grazie ad una determinazione preventiva della pianta organica per ogni AFT ed una semplificazione nell'accesso alle zone carenti effettive o previste per motivazioni varie: dalla graduatoria unica regionale, si rendono disponibili a ricoprire i posti carenti i primi medici aventi diritto; i medici designati dalla graduatoria e aventi diritto, volontariamente, entrano da subito in una AFT a 38 ore in attesa di accumulare scelte; come ipotesi di studio sperimentale è possibile testare il progetto di affiancamento/tutoraggio, a carico economico dei mmg di AP, di medici titolari di CA che possano affiancare mmg di AP a qualche anno dal pensionamento o con problemi di salute utilizzando lo strumento delle "zone carenti anticipate ed attivate volontariamente da subito" dallo stesso mmg di AP interessato; i mmg di CA che entrano di diritto a 38 ore all'interno di una AFT per carenza di pianta organica, o dopo l'iter burocratico conseguente alla pubblicazione di zona carente o come mmg di CA che svolgono incarichi di sostituzioni prolungati, accumulano ulteriori punteggi specifici e possono esprimere prelezioni in caso di più zone carenti o zone carenti previste e già annunciate sempre all'interno della AFT di interesse;

14. Ad ogni medico di Continuità Assistenziale titolare che dichiara di voler svolgere attività di guardia medica come professione principale e rinunciare a partecipare a bandi per zone carenti di medicina generale o medicina dei servizi o medicina d'urgenza o altre specialità deve essere garantita la possibilità di operare nel campo della Continuità Assistenziale e di optare per il massimo di ore settimanali consentite.

ART. 16 - TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE.

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

I - Titoli accademici e di studio:

- a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode: p. 1,00
- b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50
- c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: p. 0,30
- d) specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza: p. 2,00
- e) specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza: p. 0,50
- f) attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del D.L.vo n. 368/99, 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, di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo n. 502/92 compresa quella svolta in qualità di associato: per ciascun mese complessivo: p. 0,20 Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;
- b) attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N (solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti) per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c): per ciascun mese complessivo: p. 0,20
- c) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività. (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore): p. 0,20
 - c1) servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale: per ogni mese di attività . p. 0,20
 - c2) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi: per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,20

- c3) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: p. 0,10
- d) attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi del presente accordo: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,05
- e) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,20
- f) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese: p. 0,10
Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva è svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico
- g) maternità e puerperio max per 12 mesi 0,10 punti al mese
- h) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese: p. 0,10; tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico.
- i) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: per ciascun mese complessivo: p. 0,10
- j) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: per ciascun mese: p. 0,05
- k) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, 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, per ogni mese complessivo di attività: p. 0,20
- m) servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 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. Relativamente al servizio di ex guardia medica e continuità assistenziale, alla medicina dei servizi e alla emergenza sanitaria territoriale, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore a 48. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.
4. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.
5. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età al conseguimento del diploma di laurea al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e, infine l'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 assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati, secondo le procedure di cui al presente Accordo, le Regioni, fatto salvo il disposto di cui all'art. 34, comma 2, lettera a), e dell'art. 63, comma 2, lettera a), riservano nel proprio ambito, sulla base degli Accordi regionali:
- una percentuale variabile dal 60% al 80 % a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/2003;
 - una percentuale variabile dal 40 % al 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente, in corrispondenza alla percentuale di cui alla lettera a).
8. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, sedi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva di aspiranti.
9. Gli aspiranti alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti e degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione di cui al comma 7, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 8.
10. Ai fini del disposto del precedente comma 9, gli aspiranti alla assegnazione degli incarichi vacanti o degli ambiti territoriali carenti dichiarano, all'atto della relativa domanda, la riserva per la quale intendono concorrere.
11. 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.

ART. 17 – 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:

- 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 nella legge 12 agosto 1993, n. 296;
- eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o partecipante di quote di imprese che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato;
- sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati;
- sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art.8, comma 1, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. È, inoltre, incompatibile il medico che:

- svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta o di attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti limiti e deroghe al disposto di cui alla presente lettera;
- 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) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;
- f) fruisca di trattamento di quiescenza relativo ad attività convenzionate e dipendenti del SSN, fatta esclusione per i medici già titolari di convenzione per la medicina generale all'atto del pensionamento. Tale incompatibilità non opera inoltre nei confronti dei medici che si trovavano in tale condizione alla data di pubblicazione del DPR 270/2000, di quelli previsti al comma 8 dell'art. 39 del presente Accordo, e di quelli che fruiscono del trattamento di quiescenza del solo fondo generale dell'Enpam.

3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.L.vo n. 626/94, fermo quanto previsto dall'art. 39 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. Non è consentito ai medici convenzionati ai sensi del presente Accordo di detenere più di due rapporti convenzionali tra quelli da esso previsti. Gli incarichi a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale sono incompatibili con tutti gli altri rapporti convenzionali di cui al presente Accordo.

5. L'accertata e contestata situazione di incompatibilità previste dal presente articolo comporta, sulla base delle procedure di cui all'art. 30, la cessazione del rapporto convenzionale.

6. La Azienda dispone, mediante i propri servizi ispettivi, i controlli idonei ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilità, anche in corrispondenza della comunicazione del medico relative al proprio status convenzionale.

7. L'accertata situazione di incompatibilità deve essere contestata al medico, ai sensi di quanto disposto dall'art. 30.

8. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del medico incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15, deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente o incarico vacante.

ART. 18 - SOSPENSIONE DEL RAPPORTO E DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE.

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

- a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 30;
- b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art. 9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;
- c) per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonché nei casi di servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;
- d) 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;

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

- a) in caso di malattia o infortunio non occorsi nello svolgimento delle attività professionali convenzionate, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;
- b) 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. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale.
- c) per la durata complessiva della inabilità temporanea totale, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale;
- d) per inabilità temporanea o permanente che derivi da causa di servizio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque.
- e) partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale aventi carattere istituzionale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
- f) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 20 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 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.

3. Il medico di medicina generale ha diritto ad usufruire di sospensione parziale dell'attività convenzionale, con sua sostituzione part-time e per periodi anche superiori a sei mesi, comunque non superiori a 18 mesi nell'arco di cinque anni, per:

- a) Allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
- b) Adozione 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.

4. Il medico in stato di gravidanza, convenzionato ai sensi del presente Accordo, può richiedere la sospensione 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.

5. Il medico convenzionato ai sensi del presente Accordo, ove non già previsto dai Capi specifici può richiedere la sospensione dell'attività convenzionale per un periodo non superiore ai 30 giorni lavorativi nell'arco di un anno per ristoro psico-fisico dall'attività lavorativa, con sostituzione a proprio carico.

6. Nei casi di cui ai commi 2, 3, 4 e 5 la sospensione dell'attività di medicina generale non comporta la sospensione del rapporto convenzionale né soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini della anzianità di servizio.

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

8. Nei casi previsti dal comma 1 il medico deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda secondo le modalità stabilite dall'art. 37 comma 15, dall'art. 70 comma 4, dall'art. 81 comma 6 e dall'art. 97, comma 4.

9. Nei casi previsti dai commi 2, 3, 4 e 5 il medico deve farsi sostituire seguendo le modalità previste dall'art. 37, comma 1, dall'art. 70, comma 1, dall'art. 81, e dall'art. 97, comma 2.

10. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1 lettera b) e sospeso temporaneamente ai sensi del comma 1 lettera d) conserva, in quest'ultimo caso e fino a sentenza definitiva, il diritto a percepire i propri compensi al netto dei compensi spettanti al sostituto ai sensi dell'Allegato C del presente Accordo.

11. I compensi di cui al comma 10 sono erogati fatta salva ogni eventuale azione di rivalsa.

12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.

13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneità di efficacia in tutte le sedi di attività del medico. Il medico è tenuto ad informare tutte le Aziende nelle quali egli opera della insorgenza di eventuali condizioni comportanti la sospensione dell'incarico, al fine di consentire le relative determinazioni da parte dei rispettivi Direttori Generali.

14. Fatte salve le sospensioni d'ufficio del rapporto o dell'attività convenzionale e quelle dovute a malattia, infortunio o a cause non prevedibili, la comunicazione da parte del medico della sospensione deve essere effettuata con un preavviso minimo di 15 giorni.

15. Le autorizzazioni di cui alle lettere d) ed f) del comma 1, sono richieste dal medico 30 giorni prima dell'evento e la risposta della ASL viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta. La mancata risposta entro i termini previsti ha significato di approvazione. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

ART. 19 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. Il rapporto tra le Aziende e i medici di medicina generale cessa:

- a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.L.vo n. 229/99, che è facoltà del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.L.vo 30/12/92, n. 503;
- b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 30;
- c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso in caso di trasferimento e di due mesi negli altri casi;
- d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 17;
- e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 36;
- f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della legge n. 295/90. Il componente della medicina generale, di cui all'art. 1, comma 3 della legge citata, è nominato dal Comitato aziendale;
- g) per accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'art. 30.

2. Sono inoltre motivi di decadenza del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure di cui all'art. 30:

- 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.

3. Il medico che, cinque anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di assistenza primaria non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 300 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo la cui valutazione è demandata al comitato aziendale di cui all'art.23. Il provvedimento è adottato dalla competente Azienda, sentito l'interessato.

4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2, 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.

5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.

6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.

ART. 20 – FORMAZIONE CONTINUA.

1. La formazione professionale in medicina generale rappresenta elemento di crescita culturale e professionale del medico.

2. Le Regioni, promuovono iniziative per la formazione, tenendo conto degli obiettivi socio-sanitari sia di interesse nazionale, regionale e aziendale; I programmi delle iniziative possono favorire momenti di formazione comune con altri medici convenzionati, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari; le AFT/nuclei rappresentano spazi privilegiati per realizzare iniziative e programmi di formazione ed aggiornamento continuo per i mmg territoriali organizzati autonomamente e accreditati ECM come formazione sul campo.

3. Le Regioni possono riconoscere, anche in accordo con altri soggetti (es.: università, Ordini dei Medici) per le parti di rispettiva competenza, attività di docenza del Medico di Medicina Generale, in ambito formativo, nelle seguenti aree:

- a) insegnamento universitario di base pre-laurea (graduatoria ufficiale dei mmg candidati al ruolo di docenti in relazione al curriculum)
- b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica (graduatoria ufficiale dei mmg candidati al ruolo di tutor pre-abilitazione in relazione al curriculum vitae)
- c) docenza nel corso di specialità in medicina generale territoriale ex-formazione specifica in Medicina Generale (graduatoria ufficiale dei mmg candidati al ruolo di docenza in relazione al curriculum vitae dei candidati e ad un minimo di 20 anni di attività continua nella medicina generale ed in particolare con esperienza pluriennale nelle medicine di gruppo o come coordinatore/referente di AFT/nucleo)
- d) Aggiornamento e audit (comprendente i programmi di l'autoaggiornamento e l'autoformazione svolti periodicamente nelle associazioni a varia complessità, nei gruppi e nelle AFT/nuclei)
- 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 Formativi Regionali ai quali possono partecipare le componenti sindacali firmatarie del patto e degli AIR 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) assicurare ed operare per la trasformazione della formazione specifica in medicina generale in specialità in Medicina Generale identificando i mmg docenti da inserire nei corsi di specializzazione in relazione ad una graduatoria ufficiale basata sul curriculum vitae dei singoli candidati, con un minimo di 20 anni di attività assistenziale svolta continuativamente, con esperienza pluriennale nelle medicine di gruppo o come coordinatore/referente di AFT/nucleo; si azzerano pertanto tutti i progressi ed attuali corpi docenti

nominati senza valutazioni e graduatorie basate sui criteri definiti come già ricordato nel capoverso precedente dando così origine a pericolosi conflitti di interessi in grado di minare ogni tipo di formazione; il corpo docenti designerà a sorteggio, a sua volta, il direttore del corso stesso che potrà ricoprire la carica per un periodo di 2 anni; la specialità in medicina generale rientra quindi nell'organizzazione universitaria garantendo piano di studi trasparenti e docenti selezionati in osservanza ai titoli di merito acquisiti; i docenti delle scuole di Specialità in Medicina Generale Territoriale sono i medici di assistenza primaria che posseggono caratteristiche di curriculum e di operatività continua nella medicina generale di almeno 20 anni di servizio; l'esperienza pluriennale di medicina di gruppo o la funzione di referente/coordinatore di AFT/nucleo sono criteri preferenziali e attribuiscono punteggi aggiuntivi alla graduatoria regionale dei docenti; la specialità in medicina generale territoriale acquisisce le caratteristiche di ogni altra specialità medica-chirurgica ivi compresi gli elementi di equipollenza ed equivalenza, di diritto a partecipare ai concorsi, di trattamento economico, di obblighi previdenziali e assicurativi, di abolizione delle incompatibilità.

- d) sono consentiti (art.1, comma2,i) i passaggi/trasferimenti tra titolarità acquisite nei vari ambiti dell'assistenza primaria; viene istituito un limite per poter transitare per trasferimento, se in possesso di titoli specifici, dal ruolo di medico dirigente dipendente a quello di medico di medicina generale territoriale e viceversa fissato, su tutto il territorio nazionale (in attesa delle modifiche di tutte le diversificate normative vigenti in materia) a 50 anni compiuti.
- e) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Medicina generale
- f) riconoscere le attività formative collegate all'attività di assistenza territoriale ampliando modalità ed occasioni di raccolta dei crediti ECM (es.: auto formazione e auto aggiornamento di associazioni e gruppi di mmg; pubblicazioni; partecipazione a congressi come relatori o organizzatori o come componenti del comitato scientifico; ruoli di rappresentanza sindacale; ruoli di partecipazione sindacale alle forme di consultazione nazionale o regionale; funzioni di rappresentanza sindacale locale, regionale e nazionale; funzioni di referenti di gruppi o nuclei; partecipazioni ad incontri formativi certificati).

5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico di medicina generale ai sensi del presente Accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il medico è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 1 e il comma 4 del presente articolo.

6. Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle regioni e dalle aziende danno titolo ad un credito didattico. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo (riunioni di autoformazione di NCP) incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni.

7. Un ufficio regionale deputato comunicherà ad ogni medico il numero di crediti acquisiti nell'anno permettendo ai singoli medici di controllare l'effettivo raggiungimento del monte crediti previsto. In ogni caso l'ufficio preposto segnalerà al medico quanti crediti dovrà ancora acquisire per essere in regola con le norme sull'ECM.

8. Gli eventi/corsi regionali e aziendali così come la programmazione di autoformazione e di autoaggiornamento di gruppi e associazioni possono assolvere completamente il debito formativo annuale se indirizzati verso temi formativi orientati:

- a) ad obiettivi aziendali e distrettuali;
- b) ad obiettivi regionali;
- c) all'integrazione tra territorio ed ospedale;
- d) agli interessi formativi professionali espressi dai componenti dell'AFT/ nucleo o dell'associazione medica.

9. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 8, le Aziende garantiscono ai medici associati in AFR/nucleo o gruppi di poter realizzare in piena autonomia i corsi/eventi di formazione o/e di aggiornamento.

10. Il medico che non frequenta i corsi e gli eventi formativi è soggetto all'attivazione delle procedure di cui all'art. 30; l'eventuale adozione delle sanzioni previste devono tenere conto di tutto quanto già riportato nel comma 4 del presente articolo.

11. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare, a proprie spese, a corsi o aggiornamenti di suo interesse professionale, organizzativo, assistenziale o integrativo; un impegno di questo tipo verrà valutato con un punteggio ECM maggiorato del 50% rispetto a quelli acquisiti partecipando a corsi gratuiti aziendali, regionali o di AFT/nucleo o di gruppo.

12. I corsi di interesse regionale o aziendale si possono svolgere il sabato mattina. Il sabato viene comunque già considerato giorno dedicato all'aggiornamento personale di ogni singolo medico (lettura mail, comunicati regionali e aziendali, approfondimenti e letture, rendicontazioni, problematiche organizzative associative, gestione del personale, programmazione aggiornamenti di nucleo, formazioni generali on line) e rientra nel tempo riconosciuto come necessario per dedicarsi alle attività formative/organizzative; l'azienda adotta quindi i provvedimenti necessari a garantire la continuità dell'assistenza anche per il sabato mattina su tutto il territorio nazionale; ogni attività professionale richiede oggigià una scrupolosa programmazione temporale ed ogni evento che venga definito "obbligatorio" da parte aziendale o regionale senza un congruo preavviso e che entri in contrasto con l'agenda precostituita del mmg perde il valore di obbligatorietà.

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

14. 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, le riunioni di NCP considerate formazioni sul campo secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni e quanto previsto dall'art. 4, comma f.

15. Gli Accordi regionali definiscono:

- a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico e di una graduatoria generale regionale di mmg da rivedere ad ogni anno; la graduatoria e il punteggio viene pubblicato, con le stesse tempistiche individuata per la pubblicazione della graduatoria unica regionale di accesso alla medicina generale.
- b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di mmg docenti per la specialità in medicina generale territoriale sulla base del curriculum vitae e dei punteggi aggiuntivi che vanno a formare la graduatoria regionale dei mmgi animatori di formazione, tutor, docenti.
- c) la creazione di un elenco/graduatoria regionale di animatori di formazione si fonda sul curriculum e sui titoli acquisiti dal singolo medico; sono riconosciuti tutti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi pregressi e considerati validi dalla Regione di appartenenza;
- d) i criteri per la individuazione dei docenti della specialità in medicina generale territoriale sono fondati sul curriculum, sui titoli acquisiti, sull'anzianità di professione continua in medicina generale, sui ruoli di coordinamento o di referente o di portavoce rivestiti nel tempo, sui ruoli di rappresentanza sindacale locale, regionale, nazionale;
- e) le modalità e i criteri per formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle attività inerenti la formazione anche attraverso la formazione di Scuole regionali equiparate a master o corsi universitari post-laurea selezionando i partecipanti sempre attraverso la valutazione del curriculum e dei titoli acquisiti nel tempo.
- f) le attività di sperimentazione e ricerca.

16. Le funzioni di docenza dei mmg non comportano alcuna riduzione del massimale individuale.

ART. 21 - DIRITTI SINDACALI.

1. Ai rappresentanti sindacali dei mmg, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente accordo e da normative nazionali, regionali o aziendali, sono rimborsate le spese per le sostituzioni e le spese di viaggio relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli Accordi Regionali e dalle vigenti norme della pubblica amministrazione.
2. Tale onere è a carico della Azienda di iscrizione del medico.
3. I rappresentanti nazionali, regionali e provinciali dei sindacati medici rappresentativi, i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i medici eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale possono avvalersi, con oneri a loro carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici con compenso orario. Detto compenso, onnicomprensivo, non può essere inferiore a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale di cui all'art. 72, comma 1, nella misura prevista per l'anno di riferimento.
4. A titolo di concorso negli oneri collegati allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato viene riconosciuta la disponibilità di 3 ore annue per ogni iscritto.
5. La segreteria nazionale o regionale del sindacato comunica ogni anno alle aziende interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità della quota parte di orario spettante, con indicazione del molte orario assegnato a ciascuno.
6. Ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del comma 5 comunica alla propria Azienda il nominativo del medico che lo ha sostituito o che lo sostituirà, il numero delle ore, i giorni di sostituzione. L'azienda provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale di cui all'art. 72, comma 1, nella misura prevista per l'anno di riferimento, fatte salve diverse determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali. Il compenso è direttamente liquidato dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.
7. Nel caso di medico convenzionato a rapporto orario l'Azienda provvede al pagamento del medico di cui al comma 5 sulla base del suo orario di incarico.

ART. 22 - RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE.

1. Le regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento della "rappresentatività nazionale", ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, ribadisce la necessità di garantire il più alto grado di trasparenza e si indica, quindi, come criterio di riferimento per la determinazione del requisito di rappresentatività il criterio della consistenza associativa rilevata a livello nazionale.
2. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai medici convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1 Gennaio di ogni anno.
3. Entro il mese di febbraio di ciascun anno, mediante comunicazione delle stesse Aziende, la consistenza associativa viene trasmessa alla Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), all'Assessorato Regionale alla Sanità ed alle Segreterie Nazionali delle Organizzazioni Sindacali
4. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 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 per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale.
5. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa è riferita ai dati rilevati nell'anno precedente.
6. Sono considerate rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale, regionale e locale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
7. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali l'elenco dei medici ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.
8. La riscossione delle quote sindacali avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in c/c intestato ai tesoreri dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.
9. L'iscrizione ad un sindacato diverso dal precedente cancella automaticamente l'iscrizione pregressa salvo una dichiarazione esplicita del medico.
10. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività cui al comma 6 a livello nazionale, sono legittimate ad ogni trattativa/ consultazione nazionale, regionale e locale e alla stipula di ogni accordo regionale e locali.
11. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo regionale.
12. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 6 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli Accordi come tale, è rappresentata alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione soggettiva resta invariata.
13. In deroga alle norme correnti modificabili in poco tempo e in considerazione dei conseguenti comportamenti inadeguati e diseconomici per il SSN e per le regioni soggette a procedure di rientro derivati da pregresse "convenzioni" siglate anticipatamente da una sola OOSS, ancorché maggioritaria, non è più consentito attivare un accordo se questo non è firmato almeno da tre organizzazioni sindacali rappresentative.

ART. 23 - COMITATO AZIENDALE.

1. In ciascuna azienda è costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle OOSS già considerate rappresentative a livello nazionale. I compiti e le modalità di funzionamento del comitato sono definite dagli Accordi regionali.
2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
3. Il comitato aziendale esprime pareri obbligatori in merito a:
 - a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 39;
 - b) motivi di incompatibilità agli effetti delle rikusazioni di cui all'art. 41, comma 3;
 - c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera e) e comma 3;
 - d) deroghe di cui all'art. 35, comma 12, all'obbligo di residenza;
 - e) variazione di scelta;
 - f) individuazione delle zone disagiate.
4. Inoltre il comitato aziendale è preposto alla definizione degli accordi aziendali, ad esprimere ogni altro parere e ad espletare ogni altra funzione attribuitogli dal presente accordo nazionale o da accordi regionali o aziendali.
5. Il comitato esprime pareri sui rapporti convenzionali di assistenza primaria, di continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi e attività o programmi assistenziali territoriali.
6. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato aziendale.
7. Il Comitato Aziendale deve essere convocato almeno una volta al mese e può essere attivato anche da un rappresentante delle OOSS per motivi considerati dallo stesso necessari o urgenti. Ogni progetto o ogni determina o ogni delibera o comunque ogni decisione assunta dal comitato aziendale deve essere fatta pervenire ad ogni mmg da parte aziendale. In caso vi siano lettere a verbale richieste o presentate da una o

da più rappresentati sindacali questa stessa lettera a verbale deve pervenire a tutti i mmg. Il numero dei rappresentanti titolari e sostituti delle OOSS viene definito dal Comitato regionale. Ogni OOSS può fare partecipare al Comitato Aziendale un iscritto esperto sul tema trattato in quell'incontro ma senza diritto di firma.

8. Ogni documento prodotto dal Comitato Aziendale ovvero ogni altro documento aziendale (es. delibere di fornitura) richiesto dal rappresentante ufficiale sindacale anche via mail dovrà essere inviato al richiedente senza ulteriori passaggi burocratici.

9. Le OOSS partecipano ai comitati aziendali, discutono, condividono e concordano documenti aziendali ufficializzando con la firma dei propri partecipanti gli impegni tra medici appartenenti alle OOSS e l'azienda. Una o più OOSS possono decidere di non partecipare ai lavori dei comitati aziendali e possono non firmare accordi con l'azienda stessa rinunciando ad impegni e vantaggi derivanti di questi.

ART. 24 - COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna regione è istituito un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali rappresentative già individuate a livello nazionale a norma dell'art. 22.

2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione di contenuti e delle relative modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

3. Il comitato permanente è preposto:

- a) alla definizione degli accordi regionali;
- b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo e degli accordi regionali;
- c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
- d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da medici di medicina generale, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità;
- e) a formulare pareri, suggerimenti e proposte sull'appropriatezza degli accordi aziendali operando con la finalità di uniformare e semplificare gli accordi aziendali stessi a livello regionale e nazionale;
- f) per tutti i punti ricordati il comitato regionale si riunisce almeno una volta al mese ogni OOSS rappresentativa designerà tre componenti effettivi e tre supplenti; il comitato regionale disciplina l'attività e il funzionamento dei CA definendo anche il numero dei rappresentanti delle OOSS ai tavoli aziendali anche in relazione agli abitanti di ogni singola azienda

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

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

ART. 25 – PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ.

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, al distretto è affidata l'attività di programmazione e di monitoraggio delle attività territoriali di pertinenza.

2. Per attuare quanto affermato dal precedente comma 1 dello stesso articolo 25 vengono affidate risorse ed autonomia tecnico-gestionale ed economica-finanziaria e relativa contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda il tutto specificatamente orientato al perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

3. Il mandato di programmazione e monitoraggio delle attività territoriali affidato al distretto viene definito "Programma delle attività Territoriali" e, nel rispetto delle normative regionali, prevede:

- a) le attività di medicina generale previste dal decreto legislativo D.L.vo n.502/92 all'art. 3-quinquies e dal piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R. del 23 luglio 1998 : assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi e relativi finanziamenti sulla base della quota capitaria erogata alla Azienda dalla Regione;
- b) altre attività territoriali pertinenti o di interesse per la medicina generale e attività di integrazione indicate dagli Accordi Regionali e/o Aziendali con specifiche indicazioni di finanziamento.

4. Le attività territoriali riguardanti la medicina generale di cui al comma 1, lett. B) del presente articolo sono in particolare:

- a) attività di formazione, informazione, e revisione fra pari dei medici di medicina generale ovvero di supporto alle attività di formazione e di autoformazione delle associazioni, dei nuclei e dei team.
- b) prestazioni aggiuntive dei medici di medicina generale, incluse quelle informatiche non ricomprese negli artt. 59 bis e 59 ter di ricerca epidemiologica, statistica e di calcolo di spesa;
- c) servizi di supporto, alla attività associativa dei medici di medicina generale, di tipo strutturale, strumentale e di personale in particolare per necessità di uniformità e di equità di trattamento dei professionisti e di produzione dell'assistenza.
- d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare ADI con particolare riferimento all'attività integrata multi professionale e multidisciplinare territoriale detta di team;
- e) disegni definiti progetti-obiettivo nazionali, regionali e aziendali;
- f) progetti di programmazione della spesa;
- g) sostegno alle forme associative in condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica supportate da tecnologie avanzate (tipo videoconferenza) così da permettere formazione di gruppi o di team in forma virtuale e nello stesso operativi in egual misura dei team e delle associazioni organizzate in luoghi meno disagiati;
- h) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali, relazionali (PDTA-R);
- i) conferenze di consenso nell'ambito del Distretto;
- j) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio e dell'organizzate in team;
- k) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

5. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 è assicurato dalla Azienda, sulla base degli indirizzi definiti a livello regionale, utilizzando:

- a) appositi stanziamenti regionali o aziendali, anche relativi a finanziamenti per la medicina generale, relativi a progetti di questo settore, non utilizzati negli esercizi precedenti;
- b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa inerente la medicina generale;
- c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale ma comunque di provenienza pubblica oppure scaturiti da iniziative private e finalizzati a specifici progetti concernenti la medicina generale di interesse diffuso eliminando ogni altro tipo di progettualità che veda un coinvolgimento limitato di ed utilità per pochi mmg ;
- d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del medico nella Azienda stessa o in altra Azienda da utilizzare per progetti relativi alla medicina generale di interesse diffuso come da comma 5, lettera c;
- e) utilizzo della maggior parte dei finanziamenti per la istituzione dei team territoriali, cancellando i pregressi finanziamenti dispersi in innumerevoli progetti di interesse limitato o in consulenze extra-aziendali ovvero coinvolgendo in modo fiduciario persone già poste a riposo o esperti stranieri. Le risorse culturali, per altro costruite con un eccezionale sforzo normativo-economico, sono già

ben rappresentate all'interno delle aziende o delle regioni. La ricerca, a volte insistente, di sostegni esterni (fatto salvo per autorità riconosciute a livello mondiale ed insignite da premi Nobel o da riconoscimenti simili) rappresenta uno spreco di risorse che l'emergenza della cronicità e della fragilità non può più permettere pena un netto calo dei consensi verso le gestioni coinvolte in queste iniziative; il reperimento e la razionalizzazione di nuove risorse permetterà al SSN di poter affrontare le emergenze socio-sanitarie nel migliore dei modi e di poter rafforzare tutte le professionalità impegnate quotidianamente nell'operatività territoriale .

6. Nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersectorialità del "Programma delle attività distrettuali", il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso ed inerenti la medicina generale, dai mmg già ufficialmente presenti nel comitato aziendale. L'esperienza fallimentare del UCAD (Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali) suggerisce l'abolizione di questi istituti ed il recupero delle risorse coinvolte così come è possibile riconquistare risorse cancellando le nomine fiduciarie di mmg all'interno aziendale (es.: medico in staff, Medico di base Direttore di Distretto, mmg referente o in staff per progetto aziendale) a causa dei notevoli conflitti di interessi presenti in questi ruoli/funzioni fiduciarie; la finalità è quella di recuperare ulteriori risorse per far fronte all'epidemia della cronicità e sostenere le attività territoriali che rappresentano interessi diffusi e privi di conflitti di interessi.

7. In particolare sono oggetto del monitoraggio:

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

8. Il distretto, all'interno della programmazione, può promuovere iniziative di confronto, verifica e revisione per valutare ed eventualmente stimolare l'applicazione dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati.

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

10. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

ART. 26 – AGGREGAZIONI TERRITORIALI.

1. Le Regioni e le Aziende, attraverso la istituzione delle aggregazioni/associazioni territoriali funzionali monoprofessionali o operative multi professionali (es.: AFT/Gruppi a diversa complessità inseriti o non inseriti nelle megastrutture/Team integrati territoriali) realizzano forme di integrazione multi professionali e multidisciplinari di operatori per favorire la continuità dell'assistenza e la concreta presa in carico del paziente ed in questo modo raggiungere gli obiettivi indicati dai programmi distrettuali, in particolare, per l'assistenza della cronicità e della fragilità.

2. In coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 le Regioni prevedono, in accordo con le OO.SS. rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione di team territoriali integrati multi professionali e multidisciplinari in grado di adattarsi perfettamente con tutte le altre forme associative funzionali o operative a diverso livello di complessità e che sono in grado di dare risposte contestuali al bisogno di salute delle persone.

3. Il team territoriale è:

- a) uno tra i vari strumenti attuativi della programmazione sanitaria;
- b) momento organizzativo-operativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale in merito alla cronicità e alla fragilità.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi.

5. Il territorio di riferimento del team territoriale è individuato nella zona di influenza del mmg e dei suoi assistiti (AFT corrispondente approssimativamente ad un quartiere o a un nucleo o ad una zona extra urbana).

6. Il team territoriale assicura l'integrazione, l'intersectorialità e l'interdisciplinarietà degli interventi medico-socio-sanitari necessari per far fronte alla cronicità e alla fragilità coinvolgendo tutte le figure professionali deputate a garantire l'assistenza territoriale: ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni:

- a) l'assistenza primaria;
- b) la continuità assistenziale;
- c) la pediatria di libera scelta;
- d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) la medicina dei servizi;
- f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.
- g) L'assistenza infermieristica, fisioterapia e riabilitativa
- h) I rappresentanti dei servizi ambulatoriali o specialistici ospedalieri

7. L'intervento coordinato e integrato del team territoriale assume particolare rilievo nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria, nella cronicità e nella fragilità, quali:

- i) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
- j) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- k) tutela dei disabili e anziani;
- l) patologie in fase terminale;
- m) patologie da HIV;
- n) tutela della salute mentale;
- o) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

8. L'attività interdisciplinare e integrata del team territoriale è rivolta soprattutto alle persone affette da patologie croniche ed è coordinata dal mmg del paziente al quale è rivolta l'assistenza; questa attività si realizza mediante una iniziale riunione di presentazione e valutazione multidisciplinare integrata delle problematiche presentate dalla persona ammalata di patologie croniche o dalla persona fragile e dalla sua famiglia per poi predisporre risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno attraverso la progettazione di un programma di lavoro all'interno del quale siano ben distribuiti competenze e responsabilità che vanno valutate e riconsiderate ad ogni successiva riunione di team con tempistiche decise dai componenti stessi del team; la formula della riunione e del contatto diretto tra i professionisti e gli operatori serve :

- a) per programmare l'incontro iniziale e quelli periodici di team indetti e coordinati dal mmg coadiuvato dall'infermiere territoriale; le riunioni si svolgono durante l'orario lavorativo nel rispetto dei contratti e delle normative juslavoristiche dei singoli componenti; queste riunioni sono brevi ed operative (indicazioni, suggerimenti, appropriatezza, percorsi, chi fa che cosa, quando e come) e sono convocate settimanalmente o secondo le necessità;

- b) per assicurare l'appropriateo svolgimento di attività e di prestazioni previste dalla programmazione sanitaria regionale o locale in merito alla cronicità o da progetti assistenziali proposti dagli operatori del team all'azienda o al distretto;
- c) per indicare i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse utilizzando una semplice rendicontazione informatizzata omogenea sul territorio regionale e nazionale a sostituzione della notevole difformità delle cartelle ADI cartacee attualmente in uso.
- d) per permettere, tramite gli incontri periodici ed il contatto continuo tra i componenti il team, la possibilità di confronto e di audit in merito alle modifiche operative messe in atto durante l'esecuzione dell'assistenza, alle tempistiche, alle verifiche periodiche, agli eventuali problemi operativi intercorrenti, ai risultati di processo o di esito conseguiti.

Art. 26 bis – AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI DELLA MEDICINA GENERALE

1. Con le aggregazioni funzionali territoriali monoprofessionali (AFT) si realizzano alcune fondamentali condizioni per integrare l'attività dei singoli medici di medicina generale, operanti in un territorio omogeneo, con il fine di poter raggiungere obiettivi assistenziali standardizzati e condivisi.
2. I medici di medicina generale partecipano "obbligatoriamente" alle aggregazioni funzionali territoriali monoprofessionali (AFT).
3. Entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo le Regioni con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN individuano, nel proprio territorio, le possibili aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:
 - riferimento ai territori di scelta del mmg e comunque all'interno dei distretti (es.: quartieri urbani , piccoli comuni, o zone extra-urbane);
 - riferimento ad una popolazione di circa 30.000 assistiti e ad un territorio che comprenda circa 20 mmg titolari di convenzione.
4. Nell'ambito dell'aggregazione, di cui al presente articolo, viene individuato dai mmg componenti l'AFT un delegato/coordinatore/referente tramite elezione segreta con compiti di raccordo funzionale e professionale intra AFT e tra AFT e istituzioni.
5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei medici alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3 e si regolamenta la scelta del delegato in forma elettiva come da comma 4.
6. I medici aderiscono all'aggregazione funzionale territoriale monoprofessionali (AFT/Nucleo) indicata dalla Regione allo scopo di:
 - creare una cultura professionale comune e condivisa tra i componenti di uno stesso AFT al fine di offrire una assistenza uniforme ai cittadini;
 - la standardizzazione dell'assistenza non solo a livello regionale ma anche nazionale è considerata espressione di qualità;
 - il termine "funzionale" ha soprattutto lo scopo di sottolineare il ruolo formativo-culturale delle AFT come base essenziale di ogni cambiamento e di ogni mantenimento delle acquisizioni e si distingue dal termine "operatività" in quanto quest'ultimo indica in modo più specifico l'applicazione pratica degli apprendimenti;
 - promuovere le iniziative formative-culturali in grado di omogeneizzazione i comportamenti assistenziali e ottenere quindi una equità generalizzata nell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari nel rispetto dei livelli di assistenza;
 - individuare percorsi di integrazione tra assistenza primaria, continuità assistenziale, specialistica come previsto per l'assistenza alla cronicità e alla fragilità procurando così congruenza, equità, standardizzazione assistenziali;
 - stimolare la diffusione nella cultura professionale e dell'applicazione operativa quotidiana delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine" (EBM) cioè della medicina basata sulle evidenze e dei principi della "clinica governance" cioè del governo clinico;
 - diffondere la cultura professionale dell'appropriatezza clinica e della sua organizzazione in merito all'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review" (incontri di AFT/nucleo/gruppo e di team e l'individuazione di PDTA-R);
 - promuovere modelli di comportamento nella prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse pubbliche e private secondo i principi di efficienza e di efficacia;
7. L'aggregazione funzionale territoriale monoprofessionale (AFT/nucleo) persegue quindi gli obiettivi di cui al comma 6 attraverso:
 - l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica finalizzati a valutare degli apprendimenti professionali;
 - l'individuazione e l'indicazione da parte dei mmg di riorganizzazioni operative territoriali da presentare alle istituzioni tramite il referente di AFT;
 - la condivisione delle attività di AFT per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medici componenti la stessa AFT;
 - la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma 6.

Art. 26 Ter – REQUISITI E FUNZIONI MINIME RELATIVE ALLE FORME ASSOCIATIVE, A COMPLESSITÀ DIFFERENZIATA, DELLA MEDICINA GENERALE.

1. La regione definisce i parametri inerenti le associazioni della medicina generale e la differente complessità organizzativa previo passaggio e condivisione nel Comitato Regionale che nel definire le caratteristiche di complessità dovrà tener conto delle specifiche orografiche, demografiche e assistenziali tipiche per quella popolazione nella quale opera la forma associativa di medicina generale.
2. Gli accordi regionali con le OOS dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale/logistica, di servizi e di personale necessaria al pieno svolgimento dell'attività assistenziale di medicina generale di base; questa dotazione viene affidata a ciascuna associazione dopo aver sentito i mmg interessati e valutate le risorse disponibili; per l'attivazione e il funzionamento delle associazioni le Regioni provvederanno a riallocare incentivi ed indennità in considerazione dei medici coinvolti, dei collaboratori, degli infermieri, del personale addetto alla gestione manutentiva dell'impiantistica e alle pulizie, alla strumentazione informatica in un quadro di equità di trattamento per tutti i mmg che partecipano alle associazioni di cure primarie; in considerazione delle ipotizzate trasformazioni o inserimenti di forme associative già in essere nelle progettate megastrutture occorre affrontare la problematica degli impegni amministrativi e di investimento messi in atto da quelle associazioni di gruppo che non utilizzano potuto utilizzare strutture pubbliche; si auspica che un riordino generalizzato dell'assistenza territoriale provveda ad eliminare difformità di comportamenti, di opportunità e di attività assistenziale; attualmente in ogni realtà urbana possono essere reperiti numerosi edifici artigianali o di piccole imprese dismesse, spazi molto ampi, strutture facilmente adattabili grazie alle tecnologie moderne o all'utilizzo di semilavorati-prefabbricati; per altre zone più disagiate, soprattutto extra urbane, occorrerà trovare soluzioni meno legate alla logistica, più tecnologiche e virtuali al fine di permettere a tutti i medici di partecipare all'associazione e alle caratteristiche dell'associazione di gruppo senza ridurre la capillarità della distribuzione territoriale (es. modalità tipo audio-video computerizzata in connessione continua).
3. Una organizzazione complessa di cure primaria multi professionale è costituita essenzialmente da mmg associati in gruppo e da latre professionalità amministrative e sanitarie; la medicina di gruppo a complessità multi professionale può essere inserita in così dette megastrutture situate in strutture pubbliche nelle quali possono essere presenti anche altre professionalità mediche-sanitarie-sociali-amministrative-tecniche; ogni inserimento di mmg associati o non in locali detti "megastrutture" deve prevedere il parere tecnico-logistico vincolante dei mmg coinvolti; le aggregazioni mediche inserite nelle megastrutture incrementano la loro complessità in quando prevedono l'integrazione diretta e quotidiana tra medici, di operatori amministrativi, sanitari, sociali, servizi, specialistica; in una stessa AFT monoprofessionale possono coesistere più strutture ad alta complessità organizzativa (megastrutture); indipendentemente dall'inserimento di una medicina di gruppo in una megastruttura ogni AFT ha un referente coordinatore già eletto da tutti i medici componenti l'AFT; non sono pertanto previsti ulteriori ruoli o funzioni rappresentative e di coordinamento all'interno di una AFT/nucleo relative ai gruppi inseriti nelle megastrutture.

4. L'associazione di gruppo, nelle diverse complessità organizzative, espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti gli assistiti dei livelli essenziali assistenziali;
 - assicurare l'accesso h 12 ai servizi offerti dall'associazione di gruppo a diversa complessità organizzativa;
 - realizzare nel territorio, in collaborazione ed in integrazione con la Continuità Assistenziale, la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 per tutti i giorni garantendo l'effettiva presa in carico dell'utente soprattutto se affetto da patologie croniche o se persona che manifesta particolari fragilità;
 - l'H12 è assicurata dalle aggregazioni complesse dei mmg e l'H24 è garantita dai colleghi della Continuità Assistenziale (meglio conosciuta da tutti i cittadini come Guardia Medica);
 - ad integrazione della Continuità Assistenziale aziendale è possibile studiare ed ipotizzare il coinvolgimento sperimentale di una Continuità Assistenziale (Guardia Medica) di AFT coinvolgendo in modalità volontaria i mmg di AP entrati nell'AFT a 38 ore senza scelte a completamento della pianta organica di una AFT o i mmg di AP entrati nell'AFT per il progetto di studio sperimentale denominato "zona carente anticipata" rivolto comunque a titolari di CA; questa modalità organizzativa sperimentale deve comunque prevedere un coordinamento interno all'AFT tra tutti i mmg di AP a 38 ore disponibili volontariamente a svolgere questa attività con adeguamento orario tra impiego a tempo fino a 38 e la necessità di riposo dopo aver svolto una attività di guardia medica notturna per quella AFT;
 - l'esperienza associativa degli anni recenti ha mostrato, tra i molteplici aspetti positivi, alcune criticità collegabili ad una differenziazione di trattamento tra vari "gruppi" in quanto alcuni hanno potuto usufruire di locali pubblici ampi e con la possibilità di offrire più servizi, assistenza avanzata e tra questi anche la Continuità Assistenziale aziendale altri, pur favorevoli all'associazionismo, hanno dovuto ricercare locali privati e provvedere a contratti e ristrutturazioni in proprio: tutto ciò ha creato una differenziazione assistenziale e di opportunità professionale;
 - le nuove associazioni avanzate a varia complessità ed anche le megastrutture dovranno ricreare l'uniformità assistenziale e professionale sul territorio al fine di prevenire un'eccessiva concentrazione di mmg in gruppo o una sovrabbondanza di offerta di servizi concentrata in una megastruttura con il rischio di incrementare una differenziazione nella copertura assistenziale territoriale e nelle opportunità professionali;
 - le medicine di gruppo storiche, pur implementate con nuove offerte di servizi, garantiscono una omogeneità assistenziale diffusa ed equità di accesso ai cittadini essendo strutture più contenute e diffuse;
 - le aggregazioni più complesse, composte da un numero maggiore di mmg di AP, situate in sedi pubbliche ed in grado di offrire molti servizi permettono una vasta opportunità di scelta ma potrebbero oltremodo diradare la densità della presenza del medico di base sul territorio rischiando una difformità assistenziale tra coloro che risiedono vicino alla aggregazione avanzata e quei cittadini che sono più lontani dalla struttura stessa;
 - la problematica, reale ma relativa in ambito urbano, diventa importante nelle aree extra-urbane che possono contare la maggioranza della popolazione assistita nell'intero paese; in questi casi i mmg che per varie ragioni non possono partecipare ad associazioni più complesse poste in un'unica sede pubblica, si possono organizzare in una "medicina di gruppo unica su più sedi" oppure una o due medicine di gruppo già esistenti possono diventare punti di riferimento funzionali ed operative per altri mmg dello stesso territorio: questa modalità di medicina di gruppo "allargata" permette di sottolineare l'importanza dei servizi resi da un gruppo strutturato, di offrire servizi comunque uniformi su quel territorio, di mantenere una certa capillarità, di rimodulare le relazioni funzionali tra medici della stessa AFT, ricomporre il sistema incentivante in favore dei servizi resi e dell'integrazione territoriale di team, di offrire servizi sovrapponibili a quelli di una megastruttura;
 - per i colleghi delle zone extraurbane o disagiate i criteri che definiscono l'appartenenza ad una "medicina di gruppo" allargata può essere collegata anche all'utilizzo di tecnologie comunicative (audio-video) semplici ed intuitive;
 - l'associazione di gruppo, allargata o a maggiore complessità può sviluppare azioni di medicina di iniziativa al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione ed in particolare nell'infanzia e nell'adolescenza utilizzando interventi di educazione e informazione al fine di far fronte all'emergere di patologie collegate a stili di vita disadattati, di ridurre il numero complessivo delle patologie o degli scompensi, di incrementare l'abilità di autocura (empowerment), di ridurre gli accessi al secondo livello di assistenza del SSN e di eliminare le liste d'attesa alle diagnosi e alle terapie;
 - l'associazionismo medico territoriale contribuisce all'integrazione sanitaria e sociale, soprattutto negli incontri di AFT/nucleo e di team ed a sua volta favorisce una operatività efficiente ed efficace in merito all'assistenza territoriale in grado di temperare in modo significativo il ricorso al secondo livello diagnostico/terapeutico, l'accesso al PS, i ricoveri;
5. Nelle medicine di gruppo a diversa complessità è istituito il ruolo del portavoce della stessa medicina di gruppo che può coincidere anche con il referente/coordinatore dell'AFT: il collega referente/portavoce viene indicato dai mmg della stessa medicina di gruppo; il mmg coordinatore/referente del nucleo o dell'AFT viene invece eletto, a scrutinio segreto, da tutti i mmg componenti della AFT/nucleo tra coloro che si candidano;
6. L'intera organizzazione della medicina generale in AFT/nuclei e in gruppi a diversa complessità sostiene e favorisce l'attività dei team assistenziali integrati multidisciplinari e multi professionali per la presa in carico delle persone ammalate per patologie croniche o fragili e l'attività di team è parte integrante dell'organizzazione delle AFT/nuclei e dei gruppi; l'organizzazione operativa del team è attivata direttamente da ogni singolo mmg di AP e ne diviene il coordinatore operativo per il processo assistenziale di quel dato assistito;
7. L'intera organizzazione della medicina generale in AFT e in gruppi a diversa complessità subirà nell'immediato futuro l'influenza smisurata e non ancora prevedibile delle nuove tecnologie in frenetica innovazione: da questo punto di vista potranno modificarsi, in poco tempo, comportamenti ed abitudini in una velocissima contrazione spazio-temporale; alcune caratteristiche distintive della medicina generale sono comunque stabili e sempre uguali nei millenni; in ogni processo decisionale riguardante le cure primarie è necessario conservare un equilibrio tra le caratteristiche distintive della medicina territoriale e l'innovazione tecnologica procurando di offrire più tempo possibile alla relazione medico-paziente fonte di appropriatezza prescrittiva, empowerment del paziente e della famiglia, sostenibilità generale del SSN, collaborazione reciproca per l'equità e l'universalità della stessa assistenza.

ART. 27 – APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE.

1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:

- a) realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio, anche tramite lo sviluppo dei team territoriali e l'inserimento sollecito dei giovani mmg di AP a 38 ore anche se a zero scelte nelle varie AFT ai quali deve essere favorito e sostenuto l'inserimento nelle medicine di gruppo già operative in quell'AFT; da questo punto di vista si considera utile e opportuno approfondire lo studio sperimentale del così detto affiancamento/tutoraggio per "zone carenti anticipate" create dai mmg di AP titolari prossimi alla pensione o con problemi di salute;
- b) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli appropriati di assistenza in accordo con linee guida contestualizzate e condivise;
- c) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità, di governo clinico e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;

- d) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che possono trarre il massimo beneficio;
2. Tutte le prescrizioni redatte dai mmg si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza;
3. Le norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, ribadiscono l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della AIFA; la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità; il dovere per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto; l'attuazione delle procedure e dei principi di cui ai successivi commi fatto salvo per le prescrizioni non attribuibili al mmg.
4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
5. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati dall'art. 25, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, da un medico aziendale e da un mmg coordinatore di AFT/nucleo eletto dai mmg tenuto conto dell'art. 11, comma 9 del decreto legge del 31 maggio 2010 convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010 n. 122 e del DL "liberalizzazioni" art.11, comma 9 del gennaio 2012.
6. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
- 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 fatto salvo quanto riportato nell'comma 3 del presente articolo.
 - il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o uditi il medico interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.
7. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:
- sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive per errore scusabile;
 - sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;
 - sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA o di altra norma emessa da 60 giorni.
8. L'applicazione delle normative amministrative ai sensi dei precedenti commi 5,6,7 è collegata all'utilizzo dell'informatica, dei programmi regionali, degli applicativi unici, dell'assistenza tecnica, dell'aggiornamento automatico continuo anche di tutti i tipi di esenzione e di consenso senza l'intervento del mmg o di sue acquisizione di competenze tecniche o abilità informatiche; è necessario considerare possibili defaillances della rete per eventuali guasti o catastrofi e disastri: è quindi fondamentale che ogni variazione amministrativa sia immessa negli applicativi dei singoli medici in modo automatico dal sistema regionale e nulla sia imputabile al medico per quanto riguarda i non adempimenti in carico alle istituzioni.

ART. 28 – ARTICOLAZIONE DEL COMPENSO.

1. Come già ricordato nell'art.8 il compenso è strutturato secondo il seguente schema e comprende una parte per la produzione del reddito e una parte per la produzione dell'assistenza:
- quota capitaria/quote orarie
 - quota derivante dalla partecipazione (automatismo) e al perseguimento degli obiettivi di salute programmati (nazionali e regionali): in questo caso sono possibili incentivi di struttura, di processo, di risultato, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo clinico, di appropriatezza, di compatibilità, di qualificazione, di prestazioni aggiuntive per team e gruppi,
 - quota derivante dalla libera professione (intra moenia territoriale),
 - quota derivante da prestazioni a notula (accessi inappropriati) che realizzano un fondo di AFT finalizzato al sostegno di iniziative assistenziali territoriali e governato dal Collegio del Territorio di ogni AFT,
 - quota per la produzione dell'assistenza (a completo carico aziendale e/o completamente detraibile): locali, utenze, mezzi mobili, personale infermieristico e di segreteria, di manutenzione generale ed informatica, di assicurazione in percentuale adeguato alle attività e alle caratteristiche contrattuali e juslavoristiche del personale),
 - l'ipotesi di un eventuale inquadramento dei medici convenzionati nel ruolo della dirigenza, già valutata a livello istituzionale, deve comunque prevedere un eventuale passaggio alla dirigenza uniforme su tutto il territorio nazionale comprendendo i costi di investimento pregressi, i contratti in essere, il personale assunto, i locali ristrutturati da parte dei mmg che non hanno potuto usufruire di sedi pubbliche e di personale aziendale; in questo caso i punti a,b,c,d, del presente comma sono annullati,
 - in caso di inquadramento della medicina generale nella dipendenza i mmg vengono inseriti tra i dipendenti aziendali, sono soggetti all'istituto della mobilità interna e viene sostituito il rapporto fiduciario tra medico e paziente che esercita la libera scelta con la garanzia del servizio di assistenza primaria territoriale ad impegno orario,
 - il tema, controverso e delicato, se non soggetto a Decreto Legge richiederebbe una consulta referendaria dell'intera categoria dei mmg attualmente convenzionati a quota capitaria o a quota oraria,

ART. 29 - FUNZIONI DELLA MEDICINA GENERALE.

1. Il ruolo della Medicina Generale nel sistema sanitario è orientato:
- al mantenimento dell'intervento di prassi rivolto al singolo assistito che richiede azioni estemporaneo di routine come nella tradizione dell'attività ambulatoriale del medico di medicina generale;
 - al superamento della logica dell'intervento rivolto alla erogazione della singola prestazione quando si pongono le occasioni per un approccio integrato (finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino attraverso un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema);
 - alla valorizzazione delle cure primarie e al coinvolgimento nel processo decisionale del Medico di medicina generale in ordine all'appropriatezza e all'efficacia della pratica professionale e in ordine alle scelte in merito all'allocatione delle risorse; così viene potenziato l'intero processo decisionale territoriale è viene perciò istituito il Collegio del Territorio presieduto da un componente del collegio stesso che viene eletto o estratto a sorte tra coloro che si candidano a presiedere il collegio stesso oppure soggetto a turnazione regolare; la presidenza il presidente del Collegio del Territorio resta in carica per un tempo definito dai componenti il collegio stesso;
 - a garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso la organizzazione distrettuale del servizio, il coordinamento operativo e la massima integrazione dell'attività professionale tra i medici della medicina generale e tra essi e gli altri professionisti dell'assistenza territoriale.

2. Sviluppo equo, trasparente e condiviso delle forme associative attraverso la qualificazione di standard strutturali ed operativi uniformi e validi per tutte le associazioni al fine di poter raggiungere gli obiettivi previsti favorendo lo svolgimento delle funzioni e dei compiti affidati al medico di medicina generale e migliorare la risposta territoriale ai bisogni assistenziali del cittadino.
3. I medici associati di cui all'art. 54 sono soggetti qualificati a proporre iniziative e progetti assistenziali incentivabili da sottoporre alle istituzioni e processati nell'ambito degli accordi regionali e aziendali; le contrattazioni devono essere gestite in modo da coinvolgere tutte le OOSS rappresentative eliminando comportamenti monodirezionali di maggioranza e la scarsa trasparenza derivata da interessi troppo ristretti; per questo scopo si istituisce una bacheca virtuale regionale e aziendale nella quale è possibile reperire e stampare in ordine cronologico ogni tipo di contratto, di sistemi di incentivazione, di accordo ed ogni patto di fornitura o di consulenza senza dover presentare ulteriori domande formali; la mancata creazione di una bacheca o una sua difficoltosa consultazione o una mancata consegna di documenti richieste dalle OOSS rappresentative potrà divenire motivo di criticità formale nei confronti della dirigenza aziendale; i progetti proposti dalle OOSS e rifiutati dalle aziende dovranno essere motivati; nello stesso modo i progetti accettati dovranno essere giustificati e saranno validati per mezzo delle firme di tutte le OOSS soprattutto se di interesse generale; da questo punto di vista si intendono diseconomici e lesivi dell'appropriatezza generale progetti accettati e finanziati senza che rappresentino un effettivo ed operativo interesse diffuso; eventuali progetti incentivati attivati dalle aziende e che, per anni, abbiano interessato poche persone vanno annullati immediatamente pena in grave sospetto di un orientamento personalizzato delle risorse a disposizione; le inadempienze ricordate dal presente comma 3 diventano motivo di sfiducia formale delle OOSS nei confronti della dirigenza aziendale.
4. I medici singoli ed associati fanno parte di centri di responsabilità territoriale e partecipano al raggiungimento di specifici obiettivi del Distretto.
5. Le Aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, con la partecipazione dei medici individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto, verificandone il raggiungimento di risultato.
6. Sulla base di accordi regionali, sono individuate specifiche attività di tutela dei soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario, ivi compresi gli extracomunitari in attesa di regolarizzazione.
7. Il medico di medicina generale svolge compiti clinici, assicura la comunicazione con i pazienti e gestisce gli strumenti professionali.

ART. 30 - RESPONSABILITÀ CONVENZIONALI E VIOLAZIONI. COLLEGIO ARBITRALE.

1. I medici convenzionati di medicina generale sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente accordo e dagli accordi regionali e aziendali. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze di altri operatori dell'Azienda tenuto conto che le regole normative non possono mai superare l'obiettività clinica e le sue estreme variabilità.
2. Per la valutazione delle violazioni delle norme di cui al presente Accordo e degli Accordi regionali ed Aziendali, è istituita una commissione regionale paritetica permanente, denominata Collegio arbitrale, composta da:
- un Presidente, nominato dall'Assessore alla Sanità, o organo competente, e scelto tra una rosa di tre rappresentanti indicati dall'ordine degli avvocati del capoluogo di Regione;
 - 3 componenti di parte pubblica nominati dall'Assessore Regionale alla Sanità o organo competente;
 - 3 componenti di parte medica designati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'ACN, tra i medici di medicina generale della Regione ed 1 designato dall'Ordine dei Medici del capoluogo di Regione con funzione di vicepresidente.
 - 1 componente designato dall'ordine
3. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario regionale.
4. Le violazioni di natura occasionale danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:
- richiamo verbale;
 - richiamo con diffida per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale.
5. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza. Il medico ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito se lo richiede.
6. Il Direttore Generale dell'ASL valutate le controdeduzioni adottate dallo stesso e sentito il Comitato Aziendale procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 30 giorni dalla sua assunzione.
7. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:
- riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida;
 - sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
 - revoca del rapporto per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 19, comma 2, e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto.
8. Le violazioni di cui al precedente comma 7, sono di competenza del Collegio di cui al comma 2, previa istruttoria da parte dell'Azienda.
9. Il collegio è nominato con provvedimento regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo. La Regione provvede a raccogliere le designazioni delle Organizzazioni sindacali del presente Accordo, entro un termine da essa stabilito. Trascorso tale termine, 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 maggiore rappresentatività.
10. In caso di mancata indicazione dei componenti di parte sindacale, la Regione provvede autonomamente con nomina tra i medici convenzionati della Regione.
11. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza e non oltre un anno dal fatto e chiede al Collegio arbitrale l'apertura di un procedimento a carico del medico quando le sanzioni comminabili siano quelle previste al comma 7.
12. Il Presidente, ricevuta la notifica dell'Azienda, convoca il collegio entro 10 giorni, per la discussione del caso. Il Collegio, a sua volta, convoca il medico a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi 20 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito da parte della ASL. Qualora il medico non produca alcuna controdeduzione o non si presenti innanzi al Collegio, quest'ultimo dà corso comunque alla valutazione del caso.
13. Le parti possono richiedere al Collegio di essere sentite in merito al caso in oggetto, eventualmente producendo i documenti o le memorie ritenute più appropriate, anche attraverso l'assistenza di un procuratore.
14. Il Collegio 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.
15. Il Collegio, valutate le controdeduzioni eventualmente adottate dal medico in sede di difesa procede all'archiviazione del caso o alla proposta di sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 15 giorni dalla sua assunzione.

16. L'Azienda ricevuto il deliberato del Collegio arbitrale si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.
17. Il procedimento di cui al presente articolo deve concludersi entro 180 giorni dalla contestazione dell'addebito al medico. Trascorso tale termine il procedimento si estingue.
18. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato.
19. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 7, lett. b), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto e al sostituito secondo quanto previsto dal comma 2 dell'Allegato C.
20. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi, un anno per quelle di cui comma 2 e due anni per quelle di cui al precedente comma 7, dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro irrogazione.
21. Per gli addebiti avvenuti prima dell'anno e che non abbiano pertinenza civile o penale si richiede l'intervento del comitato aziendale senza fare ricorso al Collegio Arbitrale.
21. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.

ART. 31 - ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO. PRESTAZIONI INDISPENSABILI E LORO MODALITÀ DI EROGAZIONE.

1. Il diritto di sciopero da parte dei medici di medicina generale convenzionati è diventato inesercitabile nella pratica. Di seguito norme e regole elaborate a suo tempo senza la partecipazione di tutte le organizzazioni sindacali sono abolite (per impossibilità di esercitare il "diritto") e modificate con la nuova azione di protesta collettiva che si basa sul solo passaggio dalla attività ordinaria alla forma indiretta senza limitazioni di settori, attività o periodi; questa modalità di protesta garantisce sempre e comunque tutte le attività e le prestazioni ordinarie, essenziali ed urgenti.

ART. 32 – ASSISTENZA AI TURISTI.

1. Sulla base di apposite determinazioni regionali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti.
2. Le Aziende nel cui territorio si trovano le località di cui al comma 1, organizzano il servizio utilizzando i medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente Accordo inseriti nel relativo ambito territoriale, sia in relazione alle attività di assistenza primaria che di continuità assistenziale.
3. Le prestazioni di cui al presente articolo sono retribuite dal cittadino non residente sulla base del disposto di cui all'art. 57 del presente Accordo.
4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori e differenti contenuti e modalità di attuazione di quanto previsto al comma 1, anche mediante potenziamento del servizio, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

CAPO II ASSISTENZA PRIMARIA

ART. 33 - RAPPORTO OTTIMALE.

1. La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, come definita dalla Regione.
2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria è organizzata in via prioritaria per territori (ambiti) comunali , ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78 e decadono pertanto i riferimenti ai così detti ambiti territoriali.
3. L'ambito di scelta deve essere di norma provinciale e/o comunale , al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, di accesso all'area e di sviluppo delle forme associative tra i medici della medicina generale.
4. Ciascuna Azienda cura la tenuta degli elenchi dei medici convenzionati per l'erogazione dell'assistenza primaria, i quali, ai fini dell'esercizio della scelta del medico da parte del cittadino, sono articolati nei medesimi territori comunali o gruppi di comuni o province individuati ai sensi dei precedenti commi 1, 2 e 3.
5. L'ambito comunale/provinciale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione anagraficamente residenti. Per motivi geografici, di viabilità, di distanza tra comuni, di difficile percorrenza delle vie di comunicazione, di parcellizzazione degli insediamenti abitativi o per altre valide condizioni, le Regioni possono individuare, solo in via straordinaria, zone diverse in deroga e sentito preventivamente il parere favorevole del comitato regionale e aziendale.
6. Nei comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel comune, sulla base dei parametri di cui al comma 9.
7. La determinazione del numero dei medici iscrivibili viene determinata sommando i medici iscrivibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale sulla base della propria popolazione di riferimento con un rapporto di 1:1500. Eventuali frazioni di popolazione di ciascuna Azienda, inferiori a 1500 abitanti, possono scegliere tra i mmg che non hanno raggiunto i 1500 assistiti oppure possono richiedere deroghe e autorizzazione del medico interessato per essere inseriti comunque tra gli assistiti di un mmg che ha già raggiunto la soglia di 1500 assistiti.
8. Il medico operante in un comune anche se comprendente più Aziende può acquisire scelte in tutto il territorio comunale ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.
9. Fino alla stipula dei nuovi Accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere, per ciascuna zona carente può essere iscritto solamente un medico ogni 1500 abitanti residenti detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Le Regioni indicano le zone carenti dell'assistenza primaria, valevole per il territorio regionale e il rapporto per medico /popolazione; il dato numerico di 1 medico ogni 1500 assistiti diviene un parametro di riferimento; la variabilità di tale rapporto deve essere concordata, in casi eccezionali e particolari, nell'ambito del Comitato Regionale.
10. Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche dei differenti valori di massimale (stabilito in 1500 assistibili ed eventualmente modificabile in incremento in previsione della riduzione dei mmg e della opportunità di affiancare il mmg di AP con un giovane medico titolare di CA che si inserisce nella pianta organica dell'AFT a zero scelte) e delle eventuali autolimitazioni di massimali già dichiarate ed esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, derivanti dall'applicazione dell'art. 39 a carico dei singoli medici già iscritti nell'elenco. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato B.
11. Ai fini dell'uniformità assistenziale, della continuità dell'assistenza e della gestione territoriale sanitaria i cittadini devono scegliere un medico all'interno del distretto con una preferenza per l'ambito dell'AFT di pertinenza ed eventuali deroghe motivate saranno discusse all'interno del

Comitato Aziendale che a sua volta seguirà regole semplici ed uguali per tutti salvo casi particolari riconosciuti come tali dall'intero comitato aziendale; sono eliminati gli ambiti territoriali.

13. Ai fini del corretto calcolo sulla numero di assistiti/assistibili residenti si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

ART. 34 - COPERTURA DELLE ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco delle zone carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende previa comunicazione al comitato aziendale di cui all'art. 23, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende, sulla base dei criteri di cui al precedente [articolo 33](#).

2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi per le zone carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal [comma 1](#):

- a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della Regione che ha pubblicato le zone carenti e quelli già inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra Regione a condizione peraltro che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno da almeno 4 anni nell'elenco di provenienza. Il medico, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, deve svolgere altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti, dopo un periodo convenzionale di almeno 4 anni, hanno la precedenza nella copertura dei posti carenti con la percentuale di per 1 posto su tre. Anche in caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.
- b) i medici inclusi nella graduatoria regionale generale o, se presente, di settore valida per l'anno in corso. La specialità in Medicina Generale (ex corso specifico in medicina generale) è considerata alla stregua di ogni altra specialità medica ma usufruisce di un punteggio extra per partecipare alle zone carenti di medicina generale.

3. Al fine del conferimento degli incarichi per le zone 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. 15;
- b) attribuzione di punti 5 a coloro che nella zona dichiarata 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.

4. Le graduatorie per l'assegnazione delle zone carenti vengono formulate sulla base dell'anzianità e dei punteggi relativi ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente in relazione alle zone per le quali egli abbia inoltrato domanda preferenziale di assegnazione.

5. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al [comma 2](#) sono ulteriormente graduati relativamente alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea e all'anzianità di laurea.

6. 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 l'assistenza primaria; 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 [comma 3 e](#) sulla base del disposto di cui all'[articolo 16, commi 7 e 8 del](#) presente Accordo.

7. L'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione delle zone carenti ai sensi del [comma 2, lett. a\)](#), è determinata sommando:

- a) l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della assistenza primaria della regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;
- b) l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorché già compresa nell'anzianità di cui alla [lettera a\)](#).

8. È cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno in corso, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'[art. 35, comma 1](#).

9. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di una zona carente avvalendosi della facoltà di cui al [comma 2 lettera a\)](#), accetta l'incarico ai sensi dell'[art. 35, comma 1](#), decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

10. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'[art. 14](#) del presente Accordo.

11. In sede di pubblicazione delle zone carenti, fermo restando la zona di iscrizione del medico, l'Azienda, può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.

12. La indicazione di cui al [comma 11](#) costituisce vincolo alla apertura di uno studio di assistenza primaria nella zona indicata con la possibilità di partecipazione a forme associate esistenti; la partecipazione a medicine di gruppo nella zona annulla il vincolo di apertura dello studio unico/singolo nella zona indicata; la partecipazione alle forme di gruppo deve essere favorita e facilitata.

13. 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 una o più zone carenti pubblicate, in conformità allo schema di cui agli [Allegati Q o Q/3](#).

14. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema [allegato sub lettera "L"](#).

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

16. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

17. 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 varie zone carenti per le quali egli ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato.

18. 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'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal [comma 9](#).

19. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'[art. 24](#) e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

20. La Regione può individuare e assegnare ad altri soggetti con attività dimostrata nel campo della medicina generale l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo ovvero provvedere ad azioni di sanatoria nei confronti del residuo numero di equipollenti e di equivalenti il corso di formazione specifica equiparato a specialità assegnando a questi un punteggio valido che attivi il diritto di partecipare alla graduatoria regionale per le zone carenti.

21. Tutti i medici possono partecipare ai concorsi per le zone dichiarate carenti così come per posti ospedalieri, posti nella medicina dei servizi o per ruoli di specialistica ambulatoriale; il possesso della specialità (ex corso specifico in medicina generale) in medicina generale territoriale o di una sanatoria per equipollenti o per equivalenti garantisce un punteggio superiore ad altre specialità in merito ai concorsi specifici per le zone territoriali dichiarate carenti.

22. Tutti i medici in possesso della specialità in medicina generale (ex corso specifico), o coloro che hanno usufruito della sanatoria o tutti i medici convenzionati che esercitano la medicina di famiglia da più di 10 anni continuativamente sono considerati specialisti in Medicina Generale territoriale.

23. La Medicina Generale territoriale viene considerata equipollente alla medicina interna e a tutte le branche collegate.

24. I profili anagrafici dei mmg di AP attualmente in attività suggeriscono di favorire lo studio sperimentale della creazione di "zone carenti anticipate" attivate volontariamente da mmg di AP titolari e prossimi alla pensione o da mmg con problemi di salute; queste "zone carenti anticipate" possono essere ricoperte da subito, sono a carico economico del mmg di AP, permettono, volontariamente, al medico di titolare di CA entrato nell'AFT a 38 ore e a zero scelte come completamento della pianta organica dell'AFT di scegliere di affiancare un mmg di AP titolare e di accumulare un "punteggio" di prelazione della zona carente specifica creata dalla cessazione dell'attività del mmg di AP titolare.

ART. 35 - INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. Il medico interpellato ai sensi dell'art. 34 deve, a pena di decadenza, indicare e dichiarare, in sede di convocazione, l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico.

2. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, invia gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce l'incarico a tempo indeterminato, condizionato al possesso dei requisiti di cui al comma 3, con provvedimento del Direttore Generale, che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, ricevimento dal quale decorre il termine di 90 giorni previsto dal comma successivo.

3. Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 2, il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al comma 12, deve:

- aprire nel territorio carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 34 comma 11, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 36 e darne comunicazione alla Azienda ovvero partecipare a forme associative site in locali pubblici o in strutture già considerate idonee e localizzate nello stesso territorio carente;
- non è più necessario richiedere il trasferimento della residenza o eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se tutto ciò non limita in nessun modo l'attività assistenziale;
- comunicare l'Ordine professionale provinciale al quale è iscritto.

4. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni di cui al comma 9, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio anche per mezzo di un questionario di auto compilazione contenente una verifica delle norme e delle regole previste per l'idoneità dell'ambulatorio.

5. Il medico al quale sia definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco relativo all'ambito territoriale carente della Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa.

6. Al medico è fatto divieto di esercitare le attività convenzionate ai sensi del presente accordo in studi professionali collocati fuori dalla zona carente assegnata, escluso il caso di cui all'art. 33, comma 14.

7. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

8. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il Comitato di cui all'art. 23, temporanee proroghe al termine di cui al comma 3, entro il limite massimo di ulteriori sessanta giorni.

9. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 36 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non inferiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni.

Trascorso tale termine inutilmente il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

10. Le procedure di cui al comma 9 si applicano anche nei casi di apertura di ulteriori studi professionali, per l'espletamento dell'attività convenzionata di cui al presente Accordo, nel contesto della medesima zona carente e nel caso di variazione di ubicazione dello studio convenzionato per l'assistenza primaria in altro locale all'interno della medesima zona carente.

11. Al fine di favorire l'inserimento di medici nelle zone carenti, con particolare riguardo a quelle definite disagiate, l'Azienda può autorizzare l'utilizzo di un ambulatorio/locale pubblico eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, dell'ambulatorio pubblico, sono oggetto di apposite determinazioni da concordarsi nell'ambito degli Accordi Regionali.

12. Fatte salve diverse determinazioni regionali, nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, valutato dal Comitato Regionale, la residenza o il domicilio in altro comune purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

13. Al medico al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, la partecipazione a forme associative disponibili.

14. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in più studi, l'orario di studio complessivo, come determinato sulla base di quanto disposto dall'articolo 36 del presente Accordo, può essere frazionato, previo parere del Comitato aziendale, fra tutti gli studi, fatta salva la erogazione dell'attività ambulatoriale, nel suo insieme, per almeno 5 giorni la settimana.

ART. 36 - REQUISITI E APERTURA DEGLI AMBULATORI MEDICI.

1. L'ambulatorio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio cui all'art. 59, 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 essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate.

3. Detti ambienti possono essere adibiti esclusivamente ad uso di ambulatorio medico con destinazione specifica per la medicina generale o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente autorizzati.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture.

5. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e comunque non inferiore a:

- 5 ore settimanali fino a 500 assistiti.
- 10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti.
- 15 ore settimanali da 1000 e 1500 assistiti.

L'orario di studio è definito dal medico anche in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco e alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza. In relazione a particolari esigenze assistenziali l'Azienda può richiedere, previo parere del Comitato aziendale, di cui all'art. 23, la revisione dell'orario.

I medici che aderiscono a forme associative della medicina generale sono tenuti a garantire l'apertura dello studio secondo le determinazioni previste e definite in sede di contrattazione regionale per le singole tipologie di associazione.

6. L'Azienda ha il compito di verificare l'applicazione del disposto di cui al precedente comma 5.

7. L'orario con il nominativo del medico, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico; eventuali variazioni devono essere comunicate alla Azienda entro 30 giorni dalla avvenuta variazione.

8. Le visite nell'ambulatorio del mmg, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di libero accesso e/o di prenotazione;

9. Le modalità di contattabilità del medico al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.

10. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere previste le modalità di erogazione di prestazioni medico specialistiche o di pareri di primo livello tra medici di cure primarie, operanti in forma associata o in AFT al fine di favorire una promozione dell'integrazione dei vari attori responsabili del governo clinico del territorio; lo strumento della formulazione di un parere di primo livello rappresenta una strategia di integrazione professionale territoriale orientata, in modo particolare, alla definizione dei percorsi diagnostico, terapeutici, assistenziali, relazionali (PDTA-R), alla comunicazione/relazione tra colleghi, all'utilizzo di linee guida diagnostico terapeutiche condivise, all'appropriatezza nell'uso delle risorse e alla drastica riduzione delle liste d'attesa e di ritardi nelle eventuali cure da adottare.

11. Ogni nuovo medico che entra "in convenzione" si inserisce nelle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di competenza e, nel limite delle possibilità organizzative, in associazioni mediche, anche virtuali o allargate, già strutturate in quel territorio facilitando così, anche dal punto di vista economico, l'inserimento del giovane mmg nella professione e l'adeguamento ai criteri minimi dell'organizzazione territoriale della medicina generale (AFT/gruppi a diversa complessità).

12. In considerazione di quanto affermato al comma 11 del presente articolo è necessario offrire ed incentivare la possibilità di inserimento dei giovani medici in associazioni già strutturate equilibrando logistica, spazi, organizzazione, personale infermieristico e amministrativo e annullando definitivamente limitazioni di partecipanti alle associazioni stesse.

13. Le associazioni mediche territoriali "virtuali" corrispondono al collegamento informatico e audio-video (stanze virtuale in stessa struttura virtuale) tra mmg operanti in zone estremamente disagiate ma confinanti e che si trovano nell'impossibilità di organizzare una sede unica pena un grave peggioramento del servizio agli assistiti come può capitare in paesi isolati e rurali con un numero di assistiti che permette la presenza di un solo medico; il servizio reso da questi colleghi è prezioso per le comunità ma crea anche un isolamento del professionista che non può mai staccarsi dal luogo di lavoro se non richiedendo sostituzioni sempre più difficili da reperire.

14. Le associazioni mediche territoriali "allargate" possono essere attuate anche in quelle situazioni cittadine dove non è possibile reperire una sede unica pubblica in grado di favorire l'aumento della complessità del servizio e dell'offerta dell'associazione stessa; per medicina di gruppo allargata si intende quindi una medicina di gruppo "unica" su più sedi inserite in un unico territorio ristretto /quartiere e che comunque resta inserita all'interno di una AFT/nucleo.

ART. 37 – SOSTITUZIONI.

1. Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi. Il medico sostituito comunica, in uno con la dichiarazione di assenza dal servizio, la motivazione della stessa tra quelle previste dall'art. 18 del presente Accordo.

2. Il medico sostituito deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista dall'articolo 17, salvi diversi accordi regionali che stabiliscono anche il limite delle scelte che possono essere poste a carico del medico sostituito.

3. Nella nomina del proprio sostituto, il titolare deve avere cura di scegliere per i propri assistiti un medico che garantisca un adeguato livello di qualità professionale. Ove possibile il medico sostituito deve avere i requisiti per accedere alla graduatoria della medicina generale.

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.

5. Nel caso di sostituzione tra medici di assistenza primaria già titolari di incarico, il sostituito dovrà comunicare adeguatamente ai propri assistiti le modalità della sostituzione secondo le modalità organizzative del medico di famiglia che effettua la sostituzione.

6. Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non possa essere effettuata dal medico di medicina generale, sia svolta da un medico iscritto negli elenchi dei pediatri di libera scelta, i compensi allo stesso sono corrisposti secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.

7. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

8. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 15.

9. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa.

10. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli accordi Regionali e da quelli Aziendali.

11. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

12. Il medico sostituito deve provvedere ad informare i propri assistiti sulla durata, sulle modalità della sostituzione e sul sostituto.

13. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 14; 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 successivo comma 14.

14. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme di cui all'allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale.

15. Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informarne la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nella graduatoria di cui all'art. 15, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito. In tale caso i compensi spettano fin dal primo giorno della sostituzione al medico sostituito, salvo quanto previsto dall'art. 30, comma 19.

16. Tranne che per i motivi di cui all'art. 18, commi 1, 2, 3 e 4, del presente Accordo e per mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico, sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art.23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

17. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

18. In caso di decesso del medico convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il medico fosse già sostituito, il sostituto già incaricato al momento del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al medico deceduto per non più di 30 giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

ART. 38 - INCARICHI PROVVISORI.

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art. 23, può conferire ad un medico residente nell'ambito territoriale carente, scelto nel rispetto della graduatoria unica regionale la disponibilità ad un incarico temporaneo per un numero di 1500 assistiti di cui all'art. 15, comma 12.

2. Tale incarico, di durata comunque inferiore a dodici mesi, cessa alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento. Al medico di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 59, lettera "A", comma 1.

3. Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio, i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria regionale unica a seguire rispetto al medico precedentemente incaricato.

4. L'incarico di cui al comma 1 non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli medici iscritti nell'elenco di quel territorio non supera le 1500 unità; frazioni di 1500 non attivano una zona carente e gli assistiti verranno suddivisi tra i medici già presenti anche in numero aggiuntivo. Ogni periodo di sostituzione di un anno incrementa, in modo significativo e specifico, il punteggio in graduatoria regionale a favore del medico che ha svolto il ruolo di sostituto. Nel caso si presentasse una zona carente composta da circa 1500 assistiti che non possono essere suddivisi tra altri medici presenti non massimalisti anche in modo aggiuntivo occorre considerare la possibilità di assegnare un punteggio specifico per il sostituto affinché, terminato il periodo di sostituzione, possa avere la possibilità di prelazione su quella specifica zona carente e possa entrare definitivamente nell'AFT/Gruppo di riferimento.

5. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

6. Ai medici di cui al precedente comma 1, che siano chiamati a ricoprire un incarico provvisorio, l'Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso e presente il quel territorio ovvero partecipare ad una associazione medica già organizzata nello stesso territorio.

7. In caso di necessità l'Azienda è tenuta ad informare i cittadini interessati dalla carenza di assistenza e della necessità di procedere ad una nuova scelta del medico tra tutti quelli già incaricati nell'ambito territoriale interessato, anche attraverso annunci sui quotidiani, manifesti nei comuni e negli altri luoghi pubblici e, ove ritenuto opportuno, mediante comunicazione diretta agli assistiti.

ART. 39 - MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI.

1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità, secondo quanto previsto per le singole fattispecie definite dal presente articolo una deroga al massimale è prevista per i mmg che assumeranno un collega all'interno del progetto sperimentale di affiancamento.

2. I medici che avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale di 1.800 scelte ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 rientrano nel massimale di 1.500 scelte gradualmente mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.

3. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il comitato aziendale di cui all'art. 23, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5, della Legge n. 833/78, e per un tempo determinato, non superiore comunque a mesi sei.

4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga attività orarie compatibili con tale iscrizione diverse da quelle disciplinate dal presente Accordo, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, sulla base del disposto del successivo comma

5. Tenuto conto del disposto dell'articolo 58 del presente Accordo in materia di libera professione, l'impegno orario libero-professionale non può determinare una riduzione del massimale di scelte inferiore al rapporto ottimale.

5. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario compatibili di cui al precedente comma 4 e per attività di libera professione strutturata si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 1.500 scelte per 40 ore settimanali.

6. I medici possono autolimitare il proprio massimale, che non può essere inferiore al rapporto ottimale di cui agli Accordi regionali, come previsto all'articolo 33, comma 9. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.

7. Le autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo devono essere formalmente adeguate dal medico interessato al disposto del precedente comma 6 entro 2 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Accordo. In difetto di tale adempimento provvede l'Azienda, che ne da comunicazione al medico interessato, anche ai fini della applicazione delle norme sulle incompatibilità di cui all'articolo 17 del presente Accordo.

8. Ai medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, è consentita la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/91), alle condizioni e nei limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, così come disposto dall'articolo 33.

9. Ai medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14 giugno 1993 n. 187, convertito con modifiche nella legge 12 agosto 1993, n. 296 che accettano l'incarico di cui al precedente art. 34, è consentito acquisire scelte fino alla concorrenza di un massimale di 500 scelte.

10. La disposizione di cui al comma 9 non si applica ai medici che, soggetti alla norma relativa, rinunciano all'incarico compatibile entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.
11. Le scelte temporanee di cui all'articolo 40, commi 5 e 12 non concorrono alla determinazione del massimale individuale.
12. Non concorrono alla determinazione del massimale individuale le scelte dei minori tra 0 e 6 anni.
13. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

ART. 40 - SCELTA DEL MEDICO.

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistito sono fondati sul rapporto di fiducia.
2. Il rapporto di fiducia tra medico e assistito si fonda anche sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti reciproci. A tal fine, e per maggiormente radicare il rapporto tra medico e cittadino, le Aziende promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, una corretta informazione agli assistiti sulla opportunità di avviare preliminarmente alla scelta una diretta conoscenza del medico e, a margine della scelta effettuata, promuovono la informazione sull'organizzazione dei servizi aziendali e sulle modalità organizzative della medicina generale, mediante consegna della Carta dei servizi.
3. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini, sullo status del medico, sul suo curriculum personale e professionale, sulle caratteristiche della attività professionale (ubicazione ed orario dello studio, aderenza a forme associative, utilizzo di procedure informatiche, disponibilità telefonica, disponibilità del personale di studio, caratteristiche strutturali e strumentali, ecc.).
4. Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per se e per i propri familiari o soggetti anagraficamente conviventi il medico di fiducia fra quelli iscritti nell'elenco, definito ai sensi dell'art. 33, relativo all'ambito territoriale di residenza.
5. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato e ha validità pari a quella del permesso di soggiorno.
6. La scelta di cui al comma 5 è automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno.
Il medico è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.
7. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito già in carico al medico di medicina generale possono effettuare la scelta a favore dello stesso medico anche in deroga al massimale o quota individuale, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare.
8. Le scelte in deroga, comunque acquisibili, non possono superare in nessun caso il 5% del massimale individuale del medico, fermo restando quanto previsto dell'art. 39, comma 2.
9. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
10. L'Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato Aziendale di cui all'art. 23 e acquisita l'accettazione del medico di scelta, consente che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello del distretto in cui l'assistito è residente per esplicita richiesta di prosecuzione del rapporto fiduciario da parte dell'assistito o quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolano la normale erogazione dell'assistenza.
11. La scelta per i cittadini residenti ha validità annuale, salvo revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.
12. Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 1 anno, fatte salve documentate situazioni di maggiore durata del permesso di soggiorno, alla quale sarà adeguata la durata della scelta provvisoria, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta è espressamente prorogabile.

ART. 41 - REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA.

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda.
Contemporaneamente alla revoca l'assistito deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
2. Modalità per garantire la continuità dell'assistenza tra medico revocato e medico scelto, nel primario interesse del cittadino, sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.
3. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tra i vari motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. L'abolizione degli obblighi assistenziali da parte del medico decorrono dal 16° giorno successivo alla comunicazione della ricusazione.
4. Non è consentita la ricusazione quando nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del Comitato di Azienda di cui all'art. 23.
5. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima.
6. L'azienda, preso atto dell'avvenuto decesso di un assistito dall'anagrafe comunale e/o dalla certificazione di morte, provvede alla cancellazione della relativa scelta e aggiorna gli elenchi, anche informatici, del medico interessato.

ART. 42 - REVOCHE D'UFFICIO.

1. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 526/1982, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda sono riattribuite automaticamente al medico dal momento della 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.
2. 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.
3. Differenti modalità di gestione delle scelte temporaneamente sospese possono essere concordate nell'ambito degli Accordi regionali.
4. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso. L'Azienda è tenuta a comunicare al medico interessato la cancellazione, anche informatica, per decesso tempestivamente e comunque entro un anno dall'evento.
5. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere concordate modalità di tutela dei medici massimalisti dalla indisponibilità alla acquisizione di nuove scelte dovuta a ritardo nella comunicazione delle cancellazioni per morte di assistiti del proprio elenco.
6. In caso di trasferimento di residenza, l'Azienda presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.

Le Aziende che aggiornano l'archivio assistiti utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio.

7. L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al medico, anche con modalità informatica, ed al cittadino interessati tempestivamente e comunque entro 3 mesi dall'evento.
8. Nel caso di trasferimento di residenza in comuni diversi dal distretto di origine e all'interno della medesima Azienda, la revoca non si applica d'ufficio ma solo in presenza di una nuova scelta in favore di altro medico, con decorrenza dalla data di quest'ultima.
9. Le revoche conseguenti ai cambiamenti di residenza all'interno della Azienda e tra aziende limitrofe sono disciplinate con accordi regionali.
10. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.
11. Ai fini degli effetti economici relativi alle revoche d'ufficio di cui al presente articolo, l'Azienda è tenuta ad inviare al medico interessato, in uno con la comunicazione del previsto importo da ripetere, il tabulato nominativo relativo ai pazienti oggetto di revoca completo della causa e della decorrenza della revoca medesima.
12. Avverso alla richiesta di ripetizione il medico interessato può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 giorni dalla sua comunicazione ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 giorni dal ricevimento del ricorso.
13. Qualora l'importo complessivo richiesto dalla Azienda sia superiore al 20% dell'ammontare degli emolumenti mensili, l'Azienda può dare corso a conguaglio negativo solo in presenza di accordo in tal senso con il medico interessato.
14. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo hanno corso nella misura massima del 20% dei compensi mensili, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali, fatto salvo eventuale differente accordo, in merito alla modalità di ripetizione delle somme, tra il medico interessato e l'Azienda.

ART. 43 - SCELTA, REVOCA, RICUSAZIONE: EFFETTI ECONOMICI.

1. Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese.
2. Il rateo mensile dei compensi è frazionabile in trentesimi ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento del medico o da cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.
3. La cessazione per sopraggiunti limiti di età da parte del medico produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.
4. Le operazioni di aggiornamento dell'elenco degli assistiti rispetto alla scelta e alla revoca sono svolte in tempo reale, utilizzando procedure informatiche.
5. Modalità differenti di gestione delle operazioni di scelta e revoca e di aggiornamento degli elenchi degli assistiti e delle comunicazioni ai medici sono oggetto di contrattazione regionale.

ART. 44 - ELENCHI NOMINATIVI E VARIAZIONI MENSILI.

1. Entro il 31 luglio ed il 31 gennaio di ogni anno le Aziende inviano ai medici l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi alla data rispettivamente del 15 giugno e del 15 dicembre.
2. Le Aziende, inoltre, comunicano mensilmente ai singoli medici le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazioni di scelta o revoca.
3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
4. I dati di cui ai commi 1 e 2 possono essere forniti automaticamente e direttamente nei sistemi informatici del medico senza alcun onere a suo carico.
5. Le Aziende istituiscono un elenco separato delle scelte operate dai cittadini in favore di medici convenzionati in zone della stessa Azienda diversi da quello di residenza dell'assistito, ai sensi dell' art. 40 comma 10, del presente Accordo.
6. Tale elenco è utilizzato ai fini della determinazione del rapporto ottimale di 1500 assistiti e della individuazione della carenza di medici in caso di presenza di 1500 persone senza medico e senza la possibilità di esercitare scelte nella stessa zona, secondo quanto disposto dall'articolo 33, comma 11 del presente Accordo.

ART. 45 - COMPITI DEL MEDICO.

1. Le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:
 - a) servizi essenziali: gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute;
 - b) gestione dei malati nell'ambito dell'Assistenza domiciliare integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento con l'assistenza sociale;
 - c) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 53, comma 1, lett. c);
2. L'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma 1 si realizza con: le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico;
 - a) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero nelle sue varie fasi;
 - b) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale contenente dati anagrafici e sanitari, su supporto informatico e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 59, lettera B, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del SSN, secondo standard nazionali e regionali e modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali; l'aggiornamento della scheda sanitaria ha una parte di competenza del singolo medico inerente all'attività quotidiana di ambulatorio (prescrizioni) ed una di competenza del sistema informatico regionale che riguarda tutti i dati amministrativi dell'assistito compresi quelli prettamente collegabili alle continue modifiche delle esenzioni, dei decessi, delle notifiche specialistiche strumentali e ospedaliere (queste ultime vengono inserite in un file dedicato per ogni singolo paziente, facilmente individuabile e stampabile) degli esami esenti per patologie, della determinazione del consenso informato raccolto al momento della scelta del medico: allo scopo è necessario adottare un applicativo nazionale unico di semplice maneggevolezza e sistemi di rendicontazione altrettanto semplici per tutte le attività di team integrato territoriale.
 - b1) l'adempimento di quanto previsto dagli art. 59 bis e 59 ter
 - c) la disponibilità per gli assistiti, nei locali dello studio medico, della carta dei servizi redatta in modo sovrapponibile al " Comunicato per gli assistiti" utilizzata ed esposta obbligatoriamente nelle sale d'aspetto delle medicine di gruppo e definita dagli Accordi regionali in merito ai compiti, ai doveri e ai diritti del medico e dei cittadini;
 - d) la partecipazione alle forme organizzative territoriali, con le modalità e secondo quanto disposto dal terzo comma dell'art. 13 bis

- e) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- f) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente.
- g) la certificazione on line per l'incapacità temporanea al lavoro se dovuta a malattia superiore a sette giorni in caso contrario l'assistito potrà produrre autocertificazione al datore di lavoro; in caso di disagi informatici di rete o di studio non immediatamente risolvibili il medico può redigere ogni tipo di certificazione su foglio bianco intestato;
- h) le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 2 aprile 1981, n. 155 sono rilasciate utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80 per i lavoratori del settore privato;
- i) la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove previste;
- j) le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli accordi regionali;
- k) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, la conoscenza del Servizio sanitario nazionale, e regionale, (con idoneo supporto delle aziende) incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
- l) 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 a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale;
- m) l'adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende;
- n) la partecipazione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti, anche economici, del raggiungimento, o meno, degli obiettivi;
- o) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D";
- p) l'assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali ed al fondo di cui all'art. 59,
- q) le visite occasionali, secondo l'art. 57, comma 4.

3. Sono, inoltre, compiti del medico:

- a) l'adesione alle sperimentazioni e alle aggregazioni funzionali, ai team e ai gruppi a diversa complessità delle cure primarie secondo quanto disposto dall'art. 13 bis; i gruppi di mmg che vengono inseriti in strutture comprendenti altri servizi aziendali territoriali, pur integrandosi e collaborando con tutti gli altri professionisti operanti nella struttura stessa (come per i team territoriali), mantengono la propria strutturazione interna, la propria autonomia e l'appartenenza all'organizzazione di AFT/nucleo già preesistente;
- b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:
- l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
 - la donazione di sangue, plasma e organi;
 - la cultura dei trapianti;
 - il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
 - l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
 - la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;
- c) l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;
- d) l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

ART. 46 – FONDO A RIPARTO PER LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA.

1. Ogni singola Regionale istituisce un fondo che verrà utilizzato per i progetti o le iniziative incentivate come definiti dall'art. 59 lettera B.
2. Il fondo è finalizzato ad incentivare assetti organizzativi, strutturali e obiettivi assistenziali di qualità dell'assistenza primaria.
3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione di ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, e comunque la destinazione del fondo e le modalità di distribuzione secondo quanto definito dall'art. 14 del presente Accordo.
4. Alcune iniziative generali e di interesse comune come la diffusione delle associazioni di gruppo, la creazione e la gestione dei team, l'accesso unico e il ruolo unico, l'affiancamento/tutoraggio, la logistica pubblica per tutti coloro che desiderano comporre un gruppo possono convogliare in modo specifico il fondo accantonato per progetti e iniziative di qualità.

ART. 47 - VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI.

1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio se il malato non è trasportabile.
2. Le visite domiciliari e ambulatoriali, in presenza di team territoriali o di forme associative complesse, fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, possono anche essere organizzate all'interno dei gruppi stessi tenendo conto, nel rapporto con l'utenza, di una offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona così come avviene di passi nella medicina generale in caso di sostituzioni o assenze temporanea del mmg di fiducia di quello specifico paziente che presenta il bisogno assistenziale.
3. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata nel giorno successivo. E' a cura del medico di assistenza primaria la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare.
4. A cura della Azienda e del medico di assistenza primaria tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti.
5. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile. A tal fine i medici di assistenza primaria che operano in forma associata possono organizzare la risposta clinica secondo modalità organizzative proprie, anche sulla base di quanto previsto al comma 2.
6. L'orario del sabato mattina viene riservato all'aggiornamento personale del medico e al disbrigo della burocrazia e l'attività di guardia medica diurna inizia quindi alle ore 8 del sabato.
8. Gli accordi regionali possono disciplinare, per particolari necessità assistenziali, ulteriori e differenti modalità di effettuazione delle visite domiciliari e dell'accesso agli studi professionali, collegate alla reperibilità del medico, all'orario di ambulatorio e alla richiesta delle visite domiciliari
9. L'incremento esponenziale dell'attività e del carico di lavoro ordinario del mmg comporta accessi elevatissimi ambulatoriali e richieste di

domiciliarità non ADI altrettanto importanti : si prevede quindi la possibilità di introdurre eventuali partecipazioni alla spesa per l'accesso all'ambulatorio impropri e le viste domiciliari non ADI/cronicità/fragilità come finanziamento/autofinanziamento della medicina generale territoriale a favore di un fondo per le attività e le iniziative della medicina territoriale gestite dal Collegio del Territorio.

10. Le visite domiciliari gratuite sono eseguite per pazienti inseriti nell'attività Assistenza Domiciliare e di team territoriale integrata.

ART. 48 - CONSULTO CON LO SPECIALISTA.

1. Il consulto con il medico specialista può essere attivato dal medico di assistenza primaria qualora lo ritenga utile per la salute del paziente in particolare all'interno delle organizzazioni territoriali tipo team (team integrati multi professionali e multidisciplinari, aggregazioni avanzate).
2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico presso gli ambulatori pubblici o all'interno dei team/aggregazioni avanzate, nell'ambulatorio del medico curante o in altro locale aziendale o a domicilio del paziente.
3. Il medico e lo specialista, in uno scambio di pareri con il team, concordano i modi e i tempi di attuazione delle indicazioni del consulto.
4. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il medico di famiglia che collabora fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.
5. I medici che operano in forme associate complesse (in team territoriali, medicina di gruppo, altre aggregazioni avanzate, AFT) possono organizzare la risposta al bisogno di prestazioni specialistiche, al fine di abbattere alcune liste di attesa ed eventuali ritardi nella terapia oppure al fine di operare con appropriatezza nella richiesta di consulenze o di indagini in forma di urgenza programmata o tramite richieste ordinarie, nelle seguenti modalità:
 - sotto forma di consulto interno tramite l'espressione di un parere di primo livello comunicato dai colleghi mmg con specialità o competenti in materia in favore del collega della stessa AFT che richiede un parere su una data problematica professionale;
 - mediante l'accesso diretto del medico specialista dipendente o convenzionato nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze specialistiche specifiche.

ART. 49 – RAPPORTI TRA IL MEDICO DI FAMIGLIA E L'OSPEDALE.

1. Nello spirito e nel progressivo impegno alla presa in carico del proprio assistito, il medico di assistenza primaria, che ha cognizione di tutti i momenti della attività sanitaria in favore del proprio assistito, si prende cura della persona malata nell'accesso all'ospedale, può partecipare alla fase diagnostica, curativa e riabilitativa, direttamente o mediante l'accesso al sistema informatico. Le aziende sanitarie locali hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni atte a garantire al medico di fiducia la continuità della presa in carico della persona in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri. Le regioni istruiscono in modo analogo le attività delle Aziende ospedaliere al fine di facilitare le visite dei medici curanti nei reparti e il contatto diretto con gli stessi in caso di necessità di scambio di pareri e informazioni.
2. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 61, adottano pertanto, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:
 - a) il dovuto accesso del medico di famiglia ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;
 - b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;
 - c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizione previste dall'articolo 50 della legge 326/2003;
 - d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.
3. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il medico di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente a domicilio.
4. Particolare attenzione sarà posta, ove le disposizioni regionali ed aziendali le prevedano, alla consegna da parte dell'ospedale delle confezioni terapeutiche, anche start, all'atto della dimissione ospedaliera, al fine di evitare la discontinuità terapeutica o il ritardato avvio di una nuova terapia.
5. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col medico di famiglia gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.
6. In ogni caso il medico di medicina generale nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.
7. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i medici di medicina generale convenzionati, è necessario formalizzare a livello territoriale, un Collegio del Territorio, con funzioni di indirizzo, supporto e sostegno alle iniziative assistenziali territoriali; il Collegio del Territorio è composta dai medici di medicina generale, clinici e sanitari operanti sul territorio ivi compresi i medici e gli specialisti ospedalieri coinvolti nelle attività di team con il compito di esaminare e proporre e sostenere adeguate soluzioni a problematiche assistenziali territoriali con la gestione ed il governo di un fondo specifico per l'AFT di competenza; il Collegio del Territorio ha un proprio coordinatore/presidente eletto a scrutinio segreto o ad estrazione o con carica di coordinamento/presidenza affidata a rotazione; il coordinatore/presidente resta per un tempo determinato; i componenti del Collegio del Territorio sono 11 compreso il coordinatore/presidente; Il Collegio del Territorio esprime pareri vincolanti sull'utilizzo del fondo di AFT che resta depositato in regione e che è alimentato da contributi istituzionali, privati e dalla partecipazione degli assistiti alla spesa per prestazioni "notulate".
8. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati maggiormente rappresentativi e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in Day Hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.
9. Le finalità di cui al comma 8 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 7.
10. Ulteriori contenuti, competenze e modalità organizzative in materia di accesso del medico di assistenza primaria ai luoghi di ricovero ospedaliero, sono oggetto di contrattazione nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali.
11. Si considera molto utile la partecipazione dei medici ospedalieri ai team territoriali al fine di integrare le professioni e le competenze utili nei casi di cronicità/fragilità ed in particolare per affrontare le dimissioni ospedaliere precoci o che necessitano che necessitano di protezione.

ART. 50 - ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO.

1. La prescrizione di medicinali avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale, così come riclassificato dall'art. 8, comma 10, della legge 24.12.1993, n. 537 e successive integrazioni e modificazioni e DL gennaio 2012
2. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.
3. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere concordate sperimentazioni riguardanti modalità e procedure, compresa la multiprescrizione nel rispetto dei tetti di spesa e della normativa nazionale riguardante la materia, idonee a snellire gli adempimenti dei medici e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.
4. Il medico è tenuto alla compilazione della ricetta secondo le norme di legge vigenti.
Eventuali particolari modalità di annotazione del diritto, o meno, all'esenzione e di quant'altro necessario, anche legate alle metodiche locali di rilevazione dei dati, sono definite con accordi regionali.
6. La necessità della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del medico di assistenza primaria alla Azienda.
L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento sono disposti dalla Azienda secondo modalità organizzative fissate dalla regione.
7. La prescrizione farmaceutica è di norma erogata dal medico di medicina generale, salvo quanto previsto dalle norme regionali ai sensi dell'art. 50 della legge 326/2003.
8. La prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del SSN può essere effettuata solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del medico di medicina generale.
9. La prescrizione di farmaci suggerite a pazienti cronici stabilizzati può contenere la ripetizione del ritiro degli stessi in farmacia per almeno 6-12 mesi come previsto già per gli ausili (punto 6 dello stesso articolo 50).

ART. 51 - RICHIESTA DI INDAGINI SPECIALISTICHE, PROPOSTE DI RICOVERO O DI CURE TERMALI.

1. Il medico di famiglia, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita, indagine specialistica, prestazione specialistica o proposta di consulenza al Pronto Soccorso o di cure termali; il mmg non può richiedere un ricovero urgente ospedaliero nelle strutture pubbliche ma sarà il pronto soccorso a valutare le richieste di consulenza (motivata) al PS del mmg; il mmg può richiedere tuttavia direttamente il ricovero in strutture convenzionate previa comunicazione con la struttura stessa.
2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 48.
3. Il medico può dar luogo al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.
4. Lo specialista formula ogni volta e obbligatoriamente una esauriente risposta computerizzata al quesito diagnostico posto dal medico curante, con l'indicazione "al medico curante";
5. Qualora lo specialista ritenga opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste sul modulario previsto dalla legge 326/2003 fino alla conclusione di tutto il percorso diagnostico terapeutico ipotizzato.
6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.
7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e 6 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 senza nessun limite temporale fino alla conclusione del percorso ipotizzato nella dimissione o dalla consulenza specialistica.
8. Le norme di cui al precedente comma 7 devono essere osservate, anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.
9. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato E) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.
10. Il modulario di cui all'art. 50, salvo il disposto del successivo art. 52, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche, nonché per le richieste di trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il medico annota la diagnosi del soggetto.
11. Le indagini preliminari ad un ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate sono prescritte dal medico del reparto che ha suggerito il ricovero programmato.

ART.52 - CERTIFICAZIONE DI MALATTIA PER I LAVORATORI E CERTIFICAZIONE DI INVALIDITA'.

1. Le certificazioni di malattia in deroga a pregresse normative art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155 diventano tutte autocertificate per i primi 7 giorni con modalità cartacea, telefonica, informatica, fax, SMS; la visita medica fiscale diviene un intervento di certificazione ufficiale e di controllo.
2. La certificazione di invalidità inps inviata on line dal mmg o da ogni altro medico accreditato è valida e sufficiente per accedere alla valutazione della commissione inps senza ulteriori passaggi validanti di patronati o similari si supera così la paradossale contraddizione tra la diagnosi e la certificazione medica libero professionale non considerata valida se non viene riconfermata o riaffermata da un patronato che notoriamente non esercita la professione medica e che richiede inoltre un ulteriore esborso economico da parte dello stato: dalla firma del presente patto/contratto sarà sufficiente una sola certificazione o del medico o del patronato senza duplicazione di passaggi validanti.

ART. 53 - ASSISTENZA DOMICILIARE (AD)

1. L'assistenza domiciliare (AD), erogata anche secondo indirizzi e modalità operative definiti a livello regionale costituisce, come previsto dall'art. 32, comma 2, livello assistenziale da garantire al cittadino italiano da parte del medico iscritto negli elenchi. Le seguenti forme di assistenza domiciliare sono assicurate con interventi a domicilio di:
 - a) assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non deambulabili che presentano difficoltà nel raggiungere l'ambulatorio (vedi art.2 dell'allegato G)
 - b) assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti per i quali l'intervento di assistenza a domicilio integrata da altre figure professionali si presenta alternativa al ricovero (vedi allegato H)

b) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR): es.: strutture sanitarie, socio-sanitarie, residenze protette, collettività, comunità.

c) sia l'assistenza AD che quella ADR può essere inserita nell'assistenza di team territoriale integrata multidisciplinare e multi professionale; in particolare il team o il mmg può scegliere di affidare l'assistenza del paziente al personale infermieristico o ai servizi sociali territoriali o usufruire di strumenti informatici di telemedicina (device).

2. In merito alle AD si distinguono:

-AD di 1° livello (assistenza a persone con particolare gravità es.: dimissioni precoci, post-acuzie);

-AD di 2° livello (es.: assistenza semi intensiva per riacutizzazione di patologie croniche);

-AD di 3° livello (es.: palliazione e tutte le malattie che non possono ottenere benefici da terapie specifiche).

3. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1, lettere a) e b), è disciplinata dai protocolli allegati sotto le lettere G) e H) del presente Accordo e fino a che essi non siano sostituiti da protocolli definiti nell'ambito degli Accordi regionali, secondo il disposto del successivo comma 3. L'istituto di cui lettera c) è disciplinato nell'ambito degli accordi rimessi alla trattativa regionale.

4. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli interventi, degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo

5. In deroga a ad ogni ulteriore norma citata, fatto salvo i regolamenti regionali di applicazione delle AD, dalla firma del presente patto/ contratto le modalità applicative ed operative devono corrispondere a direttive nazionali " di presa in carico" al fin di creare uniformità di assistenza professionali, organizzative, di rendicontazione e finanziarie su tutto il territorio e per tutti i cittadini

ART. 54 – FORME ASSOCIATIVE

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative anche a integrazione dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Le attività del mmg all'interno delle forme associative considerate nella loro generalità hanno le seguenti finalità :

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai servizi clinico-sanitari offerti;
- b) rendere sempre più strutturato il modello organizzativo territoriale della medicina generale che è basato sulle AFT/nuclei e che vede nella medicina di gruppo il braccio operativo più adeguato; nelle AFT/nucleo si realizza il confronto tra pari con lo scopo di ricercare comportamenti uniformi e condivisi, si migliorano i sistemi ed i processi di accessibilità all'assistenza ambulatoriale h12, si perfezionano le iniziative dedicate all'integrazione dove il mmg svolge un ruolo primario di catalizzatore per il coinvolgimento di tutti gli attori operanti nell'assistenza territoriale;
- c) individuare nel referente/coordinatore di AFT/nucleo la figura principale di rappresentanza operativa professionale dei mmg di AFT/nucleo stesso; il referente/coordinatore è nominato tramite elezione a scrutinio segreto da parte dei mmg componenti dell'AFT/nucleo e con il compito di coordinare le attività di AFT/nucleo e di interfacciarsi con le istituzioni;
- d) i mmg nominati in modo fiduciario dall'azienda hanno funzione di consiglieri o consulenti dell'azienda (medici in staff o di distretto o di dipartimento) e non sono elettivi; non rappresentano i mmg ma l'azienda; le relazioni operative professionali tra azienda e mmg associati sono mantenute da un rappresentante ufficiale aziendale, non consulente e per quanto riguarda i mmg, dal referente/coordinatore dei mmg; i mmg che diventano consulenti aziendali per nomina fiduciaria possono presentare conflitti tra interessi aziendali e interessi dei mmg;
- e) costruire, grazie all'integrazione, una fattiva collaborazione tra soggetti operatori dell'assistenza territoriale e l'ospedale al fine di progettare Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e Relazionali (PDTA-R) contestualizzati, orientati alla continuità e alla globalità degli interventi assistenziali;
- f) consolidare il sistema informatico attraverso la realizzazione di un sistema unico nazionale di comunicazione orizzontale e verticale;
- g) attivare azioni di prevenzione ed educazione sanitaria per la promozione della salute e dei corretti stili di vita finalizzate alla prevenzione primaria e secondaria, alla prevenzione delle patologie croniche, alla sorveglianza e prevenzione della fragilità, alla formazione per l'autocura e l'empowerment dei pazienti;
- h) garantire qualità e appropriatezza nelle prestazioni erogate con particolare attenzione a quanto già ricordato alla lettera g);
- i) realizzare adeguate forme organizzative per consentire la continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso innovative modalità di integrazione professionale tra medici che svolgono attività assistenziali territoriali (medicine di gruppo, team integrati, affiancamento, ruolo ed accesso unico, governo clinico territoriale, collegio del territorio);
- j) promuovere il coordinamento dell'attività clinica in favore della integrazione territoriale multi professionale e multidisciplinare
- k) individuare il mmg come coordinatore o leader delle possibili integrazioni multiprofessionali e multidisciplinari territoriali; nelle forme organizzative di integrazione territoriale la medicina generale collabora operativamente con altri servizi, professionisti, operatori distrettuali per assistere le persone sofferenti per patologie croniche e le persone fragili;
- l) realizzare forme di fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività offerte dalle associazioni dei medici di medicina generale, anche prevedendo ambulatori dedicati a patologie croniche stabilizzate; presenza di specialisti o altro personale socio-sanitario;
- m) varare l'innovazione sperimentale dell'affiancamento/tutoraggio del mmg di AP prossimo alla pensione o con problemi di salute;
- n) potenziare la continuità assistenziale e la continuità dell'assistenza diurna e notturna eventualmente coinvolgendo ed incentivando l'integrazione tra mmg di CA, mmg di AP inseriti a completamento della pianta organica dell'AFT a 38 ore e a zero scelte, mmg di CA in ruolo di affiancamento/tutoraggio;
- o) sperimentare l' utilizzo dei locali delle medicine di gruppo, strutture complesse e costose di norma chiuse al sabato e domenica e nei giorni festivi e prefestivi, grazie al coinvolgimento diretto e la collaborazione tra personale infermieristico aziendale e/o delle associazioni territoriali e dei medici di CA titolari in posizione di affiancamento per mantenere attive queste strutture di AFT/nucleo/quartiere a supporto della Continuità Assistenziale distrettuale aziendale (guardia medica);
- p) organizzare un'autoattivazione ed un auto coordinamento in collaborazione tra medici titolari di guardia medica e medici titolari di CA in posizione di affiancamento/tutoraggio una pronta attività di continuità assistenziale in ambito di una AFT in caso di catastrofi e disastri o emergenze socio-assistenziali; questo coordinamento generale straordinario è affidato al mmg di CA titolare con più ore di servizio all'interno dell' AFT interessata;
- q) attivare l'operatività dell'espressione di un parere di primo livello specialistico o competente o esperto da parte dei mmg componenti di AFT/nucleo/gruppo/zona per i colleghi della stessa AFT/nucleo/gruppo/zona al fine di annullare o ridurre le liste d'attesa, i ritardi diagnostici o terapeutici e di migliorare l'appropriatezza prescrittiva;
- r) migliorare continuamente gli standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale in associazione o integrate;
- s) condividere, implementare e contestualizzare linee guida diagnostico terapeutiche assistenziali e relazionali (DTA-R) per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica con incontri nelle AFT/nuclei, nelle associazioni e nei team;

t) riconoscere ad ogni incontro di AFT/nucleo di autoformazione e di autoaggiornamento crediti ECM come formazione sul campo.

ART. 54 bis – FORME ASSOCIATIVE DELLA MEDICINA GENERALE

1. Le forme associative presenti nell'ambito complessivo della medicina generale sono distinte in:
- forme associative costituite per la condivisione funzionale ed operativa delle organizzazioni stesse composte da più professionisti con la finalità di sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascun professionista;
 - forme associative, quali società di servizio (es.: le cooperative): queste non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici; le agenzie di servizi si differenziano dalle precedenti per il fatto di non avere strutture organizzative gerarchicamente costituite, non richiedere quote associative e di agire come soggetti privati; ognuna di queste forme associative di convenienza non può partecipare a nessun titolo a contrattazioni nazionali, regionali e locali

ART. 54 ter – FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

1. Le forme associative più specificatamente inerenti l'attività di assistenza primaria (la medicina di rete in trasformazione verso la medicina di gruppo virtuale o struttura/stanza virtuale e la medicina di gruppo /associazionismo avanzato) sono ispirate ai seguenti criteri generali:
- a) ogni forma associativa tra mmg è libera, volontaria e paritaria fra i colleghi partecipanti; non è necessaria o obbligatoria nessuna appartenenza a società, organizzazioni, sindacati o cooperative;
 - b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
 - c) possono far parte della forma associativa:
 - medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi del presente Capo, e che operano all'interno della zona distrettuale di scelta di cui all'articolo 33 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);
 - medici di continuità assistenziale;
 - medici pediatri di libera scelta;
 - d) la sede della forma associativa è unica nella medicina di gruppo, diversificata nei vari studi nella medicina in rete così come è strutturata a tutt'oggi e la sede stessa è indicata e rappresentata da tutti i componenti la rete;
 - e) la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non superiore a quanto previsto dal presente patto/contratto (sono previste deroghe al numero in caso di strutture logistiche complesse e avanzate dopo valutazione del Comitato Regionale); gli Accordi regionali disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo;
 - f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative;
 - g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
 - h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;
 - i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, attività sindacali o di rappresentanza di interesse per la stessa associazione di colleghi tale presenza può essere quindi ulteriormente limitata e comunque va concordata e condivisa con tutti i colleghi tramite un piano assenze;
 - j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 36, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 36, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dall'art. 47, comma 6 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;
 - k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;
 - l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
 - m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
 - n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della sostituzione interna per un periodo di 30 giorni annui, per favorire la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione allo scopo comunque di favorire una costante elevazione della professionalità complessiva dell'associazione: i 30 giorni annui dedicati a queste attività non sono conteggiabili come ferie;
 - o) la suddivisione delle spese di gestione dell'ambulatorio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa in quanto le medicine di gruppo non sono legalmente riconosciute come studi associati (es.: studi associati di avvocati) quindi la gestione economica delle associazioni mediche non può usufruire dei vantaggi derivanti dall'essere indicate come azienda/studio unico e continuano ad essere valutate come un insieme di tante piccole aziende singole e nominali (partita iva);
 - p) devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;
 - q) tutte le forme associative, anche se a diversa complessità, essendo già inserite in una AFT/nucleo sono ufficialmente rappresentate dal referente/coordinatore eletto da tutti i mmg dell' AFT/nucleo;
 - r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:
 - per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;

- per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 24;

s) l'azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo; non vi sono limitazioni alla costituzione di forme associative di gruppo/avanzate considerate come effettivo arricchimento dell'offerta sanitaria territoriale; le medicine in rete progressivamente si trasformano in medicine di gruppo o in medicine di gruppo virtuali con stanze/strutture virtuali o medicine di gruppo uniche su più sedi o allargate;

2. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al successivo comma 6 i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 58, comma 5.

3. Le forme associative dell'assistenza primaria attualmente presenti sul territorio:

A. La medicina in rete.

B. La medicina di gruppo/associazionismo avanzato

4. La medicina in rete si caratterizza per:

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

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

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

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

e) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;

f) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova.

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

a) la sede unica con più studi medici; la sede ufficiale resta l'ambulatorio principale anche se i singoli medici, eventualmente, possano operare in altri studi del territorio ma solo in orari aggiuntivi a quelli previsti per la sede principale;

b) la presenza nella sede del gruppo di un numero di studi adeguati ai medici componenti il gruppo stesso e al personale infermieristico, amministrativo e specialistico; vi è la possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati; preferibilmente ogni medico deve operare in un ambulatorio specifico definito;

c) l'utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici, strumentali e di spazi comuni;

d) l'utilizzo in comune da parte dei componenti il gruppo di personale di segreteria o infermieristico, secondo accordi interni considerando che la percentuale adeguata ed appropriata è quella di un dipendente amministrativo ogni due medici; e di una infermiera ogni tre medici;

e) la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico (applicativo) con la possibilità di collegarsi in tempo reale con gli applicativi degli altri colleghi del gruppo;

f) l'utilizzo di software (applicativo-cartella/scheda sanitaria) tra loro compatibili; si ritiene fondamentale che venga utilizzato un unico software tra tutti i componenti del gruppo, della rete e della regione se non nazionale; gli applicativi (cartelle cliniche) oltre che uniformi e compatibili devono poter utilizzare una pagina/vedere una iniziale, detta "cartella per problemi" contenente tutti le possibili informazioni, i dati e le notizie necessarie ed utili al mmg e riguardanti l'assistito in oggetto;

g) i gruppi possono predisporre collegamenti diretti con i centri di prenotazione della Azienda o possono agire direttamente come CUP; possono inoltre trasmettere dati epidemiologici o prescrittivi se tali prestazioni sono normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali; possono anche utilizzare i sistemi informatici per attività interna e autonoma di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi considerati adeguati dalla forma associativa stessa;

h) il numero di medici associati non superiore a 8-10 con deroghe per situazioni sperimentali di associazionismo di gruppo avanzato; le iniziative di tipo sperimentale non devono prevedere tetti o limitazioni e possono partecipare alle innovazioni tutti i medici che dovessero fare domanda anche informale di partecipazione;

i) le forme associative complesse sono ospitate in strutture pubbliche o convenzionate o noleggiate dall'azienda di facile reperibilità nelle città, nelle periferie o nelle zone ad alta popolazione (ospedali o strutture sanitarie dismesse o costruzioni artigianali o piccole industrie dismesse);

j) per le zone disagiate, dove non è possibile strutturalmente costituire locali unici di gruppo o dove l'organizzazione in aggregazione non può portare effettivi vantaggi per la popolazione anziana o impossibilitata agli spostamenti oppure per le piccole realtà sparse sul territorio nazionale, possono essere costituite associazioni/gruppi a varia complessità con stanze/strutture virtuali (con sistemi informatici e di audio-video);

k) le piccole realtà, i mmg isolati ed in associazione virtuale possono essere sostenute con grande vantaggio per l'assistenza dalla sperimentazione dell'affiancamento/tutoraggio che può così integrarsi con l'intero sistema di continuità assistenziale territoriale ma anche permettere ai mmg di AP titolari operanti nelle realtà sparse e disagiate di poter usufruire di ferie, malattia, aggiornamenti, formazione o altro spesso attività impossibili da praticare a causa dell'estremo disagio territoriale e dell'isolamento che non permette al medico di assentarsi dal proprio territorio anche per la difficoltà di trovare sostituti disponibili;

l) ogni iniziativa regionale o aziendale finalizzata alla costruzione o alla ristrutturazione di locali pubblici per l'associazionismo deve programmare preventivamente il confronto vincolante con coloro che saranno deputati ad occupare quegli spazi e quelle strutture: i progetti ed i disegni vanno studiati, concordati e condivisi per non rischiare di creare cattedrali nel deserto distaccate dai bisogni operativi dei mmg e quindi subire alla fine il rifiuto degli stessi mmg ad inserirsi nella struttura; costruire o progettare strutture calate dall'alto e senza condivisione garantisce il fallimento di tutta l'operazione del nuovo associazionismo medico territoriale a causa di una possibile scarsa aderenza alla funzionalità necessaria alla medicina generale territoriale; la condivisione della progettazione permette inoltre di considerare alcuni criteri fondamentali, di ipotizzare strutturazioni prefabbricate, materiali tecnologici e moderni, costi che passano da milioni di euro a migliaia di euro con recupero di risorse;

m) l'ambiente di lavoro innovato per le associazioni di gruppo avanzate deve essere moderno e funzionale al fine di poter rispondere alle nuove sfide create dalla cronicità, dalla fragilità ma anche dall'H12 e dall'H24; ogni ambulatorio non deve essere solo luminoso e ampio ma deve contenere sempre anche i servizi;

n) le medicine di gruppo inserite a vario titolo nelle strutture pubbliche a diversa complessità restano ambulatori di medicina di gruppo con le caratteristiche tipiche di queste organizzazioni e la responsabilità dell'attuazione dell'intera normativa sulla sicurezza come da D.L. del 9 aprile 2008 n.81 (ex-626) coordinato con il D.L. n.106/2009 è completamente in carico aziendale (impiantistica, materiali e strutture sanitarie speciali o diverse dalle caratteristiche e dalla finalità dell'ambulatorio medico);

6. I medici di assistenza primaria convenzionati ai sensi del presente Accordo possono aderire a forme associative fermo restando l'appartenenza funzionale al Nucleo/AFT del rispettivo territorio di scelta;

8. Per essere riconosciute quali forme associative di medicina generale convenzionata ai sensi del presente Accordo, le stesse debbono essere ispirate ai criteri generali previsti da questo articolo e prevedere l'organizzazione dell'attività dei medici associati all'interno dei rispettivi territori di scelta;

9. Nell'ambito degli Accordi Regionali stipulati con i sindacati rappresentativi, possono essere individuate attività integrative per le forme associative di cui al presente articolo, definendone anche i relativi compensi integrativi.

10. I medici di medicina generale, per l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dal presente Accordo, da Accordi regionali o aziendali, nonché delle attività libero professionali consentite, possono avvalersi di strutture e servizi forniti dalle società o agenzie di servizi per quanto concerne:

- a) sedi, studi professionali, ambulatori, locali per gruppi più o meno avanzati;
- b) beni strumentali; beni mobili; attività di manutenzione;
- c) organizzazioni di servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;
- d) servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina; interconnessione senza fili (wireless); interconnessioni portatili; applicativi semplificati; assistenza (help desk)
- e) sistemi di verifica e revisione di qualità autonoma interna;
- f) ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato dai mmg delle associazioni a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e regionale, individuato nell'ambito degli Accordi regionali.
- g) in ogni caso ogni cooperativa, società, agenzia non può fornire prestazioni sanitarie alle forme associate di mmg o a mmg convenzionati con il SSN; le cooperative e le società composte possono essere composte anche da medici, hanno una strutturazione gerarchica, uno statuto, un presidente e una quota di iscrizione; un reinvestimento degli utili; le agenzie di servizi sono prive di ogni tipo di burocrazia statutaria;

11. La semplice appartenenza ad una forma associativa detta "associazione semplice" non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo;

12. Qualunque forma associativa o cooperativa o societaria di medicina generale, non può assumere carattere di soggetto contrattuale in merito ai bisogni assistenziali e alle modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i mmg, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari del patto/contratto; solo le OOSS sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi nazionali, regionali e aziendali di cui al presente patto/contratto;

13. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo.

ART. 54 quater – FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA: INNOVAZIONI ASSISTENZIALI OPERATIVE TERRITORIALI

1. le innovazioni assistenziali operative territoriali delle forme associative o direttamente collegabili alle forme associative sono:

- **l'istituzione della graduatoria regionale unica** come da art. 6, 15, 20, 38, 47, 63; accesso unico come da art. 62; e ruolo unico come da articolo 1,3, 46,47, 62 per la medicina generale; in previsione è ipotizzabile la formulazione di un contratto unico per tutti i medici che operano nel territorio ed in ulteriore prospettiva, un contratto unitario per tutti i medici del Servizio Sanitario Nazionale;
- **l'istituzione dell'inserimento del medico titolare di CA in affiancamento/tutoraggio** al mmg di AP titolare come da art. 1,3,4,6,14,15,16,26 ter, 27,33,39,46,47,54,56,62,67; questa innovazione rappresenta una sperimentazione che coinvolge i titolari di CA e considera il medico singolo come piccola impresa start-up in grado di poter usufruire delle norme previste per le piccole imprese quando assumono personale; nello stesso tempo la situazione juslavoristica di parasubordinazione/convenzione del mmg finalizzata alle funzioni ufficiali interne al SSN permette di stabilire speciali regole e punteggi di prelazione per i mmg titolari di CA che entrano nella sperimentazione di mmg di AP in affiancamento tutoraggio;
- **associazionismo**: l'intero associazionismo nazionale (e le sue svariate forme applicative) viene semplificato e ricondotto alla *medicina di gruppo* considerato come *mattoncino* base in grado di assicurare operatività assistenziale non difforme sul territorio; anche i medici singoli o le reti o i colleghi residenti in zone disagiate vengono assimilati alla medicina di gruppo grazie a strumentazione informatiche semplici, intuitive e moderne (stanze virtuali o strutture virtuali); non si supportano invece le megastrutture foriere di ineguaglianza assistenziale e di diversità nelle opportunità professionali; si promuove l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare territoriale considerata *pietra d'angolo* per il modello assistenziale territoriale in grado di convivere con ogni forma organizzative, di potenziare l'autonomia e la responsabilità del mmg singolo e in associazione e di proporre una gestione economica low-cost se confrontata con la strutturazione-megastrutturazione organizzativa dell'assistenza territoriale;
- **la formazione dei team multi professionali e multidisciplinari integrati territoriali** a favore delle persone e le loro famiglie ammalate per patologie croniche o particolarmente fragili come da art.1,3,4,5,6,7,8,14, 25,26,26bis,26ter,27,28,45,47,48,49,53, 55,56,57,59,59bis,62,67,78; questo tipo di modello soprattutto assistenziale rappresenta un disegno low-cost assolutamente concorrenziale se confrontato con tutti gli altri modelli organizzativi-strutturali proposti dalla letteratura e dalle ipotesi istituzionali, è realizzabile da subito, permette il recupero e la riallocazioni di risorse già ipotizzate per megastrutture o per UCCP, può convivere con ogni altra forma organizzativa; anche in questo modello assistenziale è prevedibile una attività autonoma di start-up del team che si assume la responsabilità completa della gestione e del governo clinico in seno allo team integrato;
- **la realizzazione del governo clinico a livello territoriale** come da art.1,5,7,27,36,54,59; questo tipo di assunzione di responsabilità del singolo medico, dei team territoriali, delle medicine di gruppo e delle AFT/nuclei considera tutte queste formazioni come piccole imprese start-up autonome impegnate nell'attuare i principi del governo clinico in ambito territoriale secondo gli elementi distintivi propri del governo clinico: monitoraggio delle performance (audit, formazione, apprendimento, responsabilizzazione, rendicontazione, valutazione degli strumenti di reports, ricerca, educazione sanitaria, etica e valore del lavoro, trasparenza), management del rischio clinico, metodologia e strumenti (EBM, linee guida), utilizzo della tecnologia (informatizzazione); in particolare le associazioni mediche in questi anni hanno acquisito importanti competenze in merito tanto da essere in grado di gestire autonomamente, con il supporto aziendale, a livello territoriale molti elementi peculiari del governo clinico quali: l'autonomia, la trasparenza, la responsabilità, la relazione e colleganza, l'etica e il valore del lavoro, la formazione e l'autoformazione, il coinvolgimento e la partecipazione, i criteri distintivi della medicina generale secondo i dettami wonca, la sorveglianza e ed il controllo sulle rendicontazioni;
- **la costituzione del Collegio del Territorio** come da art. 1,5,29,49,54; è una declinazione del modello soprattutto assistenziale territoriale di tipo

elettivo a scrutinio segreto o a sorteggio con una presidenza in carica a rotazione; è dotato di tutte le normative di salvaguardia che gestisce e governa contribuiti, partecipazione alla spesa e finanziamenti reperiti sul territorio "a notula" finalizzati a progetti di integrazione multidisciplinare e multiprofessionale territoriali: ogni collegio del territorio ha dimensioni riferibile alle AFT;

-strutture intermedie: un potenziamento dell'efficienza e dell'efficacia territoriale richiede l'istituzione di strutture intermedie socio-sanitarie; più socio-sanitarie che sanitarie vere e proprie; come esempio di una tipica struttura intermedia socio-sanitaria si può menzionare l'hospice territoriale a gestione infermieristica e a responsabilità terapeutica del mmg; l'hospice territoriale viene considerato come una stanza di casa dell'ammalato incollata ad un'altra stanza di casa, ecc.; così come la medicina di gruppo viene considerata un insieme di ambulatori di ogni singolo medico incollati ad ambulatori di altri singoli medici ecc.; questo inquadramento giuridico molto adeguato alle vere caratteristiche della medicina generale viene sovvertito quando si pretende di istituire piccoli ospedali o macrostrutture o quando ci si augura di istituire mini pronti soccorsi o mini sale attrezzate per i piccoli interventi; la legge sulla sicurezza, detta legge n.81 del 9 aprile 2008, e le sue continue modifiche (2009) complicano orrendamente norme e scadenze; nelle strutture intermedie o nelle megastrutture occorre che eventuali responsabilità tecniche o strumentali inerenti la legge n.81 (e successive modifiche) siano chiaramente attribuite ad altri, alle aziende sanitarie e non ai mmg; per non inciampare nelle richieste e negli adempimenti della complicata legge 81 è necessario mantenere l'inquadramento giuridico di ambulatorio (non di studio medico) o di ambulatorio medicina di gruppo (e non di poliambulatori) che viene classificata a basso rischio per la sicurezza se non utilizzano apparecchi elettromedicali allacciati alla rete elettrica e solo eventuali "device" autoalimentati e non si utilizzano impiantistiche sofisticate;

-autonomia: la medicina generale territoriale viene intesa come "impresa" autonoma ed innovativa "start-up" in quanto o quando, nelle sue varie forme di attività assistenziale-associativa assume la gestione completa territoriale del governo clinico;

-ristrutturazione del compenso: in considerazione del maggior impegno del mmg a fronte delle assunzioni di responsabilità e di problem solving delle emergenze assistenziali collegabili alla conicità, alla fragilità, all'evoluzione tecnologica, alla riduzione dei mmg e alla necessità di provvedere ad una revisione dei massimali, dell'affiancamento/tutoraggio, dell'adeguamento delle "piante organiche" di AFT tra mmg di AP e di CA si considera appropriato la trasformazione dell'attuale quota capitaria annuale a quota capitaria mensile a 10 € mensili per ogni assistito/iscritto; la quota per la produzione dell'assistenza diviene completamente detraibile; gratuità assoluta per le varie forme di ADI ma revisione "a notula" per le viste domiciliari non ADI o per gli accessi agli ambulatori inappropriati e per l'"intra moenia" della medicina generale; la raccolta fondi da "notula" o da "intramoenia" o da finanziamenti di terzi all'AFT viene accumulata in un fondo regionale suddiviso per AFT e messo a disposizione per iniziative e progetti assistenziali territoriali di AFT supervisionati in modo autonomo e vincolante dal Collegio del Territorio

-dipendenza: partendo dal ruolo unico/contratto unitario è possibile ipotizzare l'abolizione del rapporto capitario ed il passaggio a quota oraria e quindi inserimento della medicina generale territoriale nella dipendenza "per giusto concorso"; da questo punto di vista viene abolito uno dei criteri distintivi della medicina generale che è quello dell'autonomia: il medico convenzionato entra nel SSN secondo meriti di professionalità sanciti dal curriculum; nella dipendenza si entra per "giusto concorso" la categoria viene uniformata, ridotta nell'autonomia, avvicinando i medici più alle caratteristiche tipiche del pubblico impiego che ad una collocazione giuridica istituzionale distintiva propria (libera scelta rapporto di fiducia) in una situazione globale che tende per altro a ridurre progressivamente tutti i costi generali del pubblico impiego e le varie progressioni di carriera (offerta al cittadino del servizio senza assicurare il rapporto diretto con un medico specifico se non con prestazioni intramoenia); il tema della dipendenza deve essere comunque inserito nelle varie possibilità di un Patto/Contratto in quanto l'argomento è emerso anche in ambito istituzionale

-valutazione della performance: oltre agli storici parametri economici sono inseriti, ed elencati nel testo, nuovi criteri collegabili a performance assistenziali che devono entrare almeno per il 40% nella valutazione globale e negli obiettivi da raggiungere; tra questi criteri l'AFT ne sceglie alcuni (quelli nei quali i mmg si sente più forte nella possibilità di miglioramento) e li pone come obiettivi valutabili nel periodo annuale o semestrale; una volta sperimentato il processo dell'AFT questi criteri e questi obiettivi possono essere inseriti anche negli accordi aziendali);

-formazione: occorre prevedere una revisione completa dei corpi docenti della scuola di formazione specifica attraverso regole trasparenti e Curriculum; e necessario altresì trasformazione la scuola di formazione specifica in specialità universitaria di medicina generale territoriale *equipollente/equivalente* alla medicina interna; dopo aver esercitato, per un certo numero di anni continuativi e a tempo pieno, la professione di mmg di AP il mmg di AP diventa specialista in medicina generale territoriale *equipollente/equivalenti* alla medicina interna);

-informatizzazione: ammodernamento e aggiornamento del sistema informatico che deve essere semplice, intuitivo, automatico e affidabile; assunzione di un applicativo unico nazionale/regionale interfacciabile con strutture territoriali e ospedaliere; applicazione con funzione di traduzione per eventuali contatti con strutture europee o estere; possibilità volontaria di doppia archiviazione generale informatizzata/cartacea; connessione wireless (senza cavi) per attività domiciliare; possibilità di utilizzo del cartaceo intestato in caso di default del sistema, revisione dell'adeguatezza certificati invalidità INPS vs patronati; autocertificazione di malattia per i primi 6 giorni);

-medicina dei servizi: passaggio a dirigenza/dipendenza;

-emergenza territoriale-118: passaggio a dirigenza/dipendenza;

-accordo unico per la medicina del territorio: patto/contratto che comprensiva mmg di AP e di CA, Medicina dei Servizi, Emergenza territoriale, PLS, Specialistica territoriale;

-accordo unitario nazionale : patto/contratto per tutti i medici del SSN

ART. 55 - INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI.

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

ART. 56 - COLLEGAMENTO CON I SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

1. Il medico di famiglia valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisio-patologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.
2. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere concordate apposite linee guida, ad uso dei medici di assistenza primaria, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.
3. Nel caso di attività in forma associativa avanzate e/o di team, i medici di continuità assistenziale, hanno accesso a tutte le informazioni inerenti gli assistiti di tutta l'unità, utili al loro operato, a partire dalle schede sanitarie individuali e in tutte le fasi di eventuali percorsi nei diversi poli di

assistenza dell'Azienda di riferimento possono inoltre partecipare alle riunioni di AFT/nucleo e di team periodiche istituite per assistiti cronici/complessi o fragili. La partecipazione può essere diretta o tramite un rappresentante dei medici di CA.

4. Tutti i medici che prestano la loro opera assistenziale lasciano traccia del proprio intervento professionale sulla scheda sanitaria dell'assistito, sia essa cartacea che informatica.

5. Un eventuale approfondimento di studio sperimentale in merito all'affiancamento/tutoraggio può prevedere una collaborazione volontaria dei medici inseriti a 38 ore senza scelte in una AFT a completamento della pianta organica della tassa AFT con la Continuità Assistenziale Aziendale istituendo una guardia medica di quartiere o di zona o la partecipazioni ad altre iniziative o progetti (team integrati territoriali, pronto intervento auto organizzato e auto attivato in caso di catastrofi e disastri, alla sperimentazione di collaborazione con attività infermieristiche svolte nei giorni festivo e prefestivo nei locali delle associazioni di norma chiuse di sabato e di domenica).

ART. 57 - VISITE OCCASIONALI.

1. I medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti.

2. I medici, tuttavia, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrono all'opera del medico ovvero ad assistiti, all'interno del proprio territorio, visitati occasionalmente per stato di necessità e che necessitano di farmaci in urgenza.

3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe omnicomprensive, fatto salvo per gli interventi d'urgenza:

- visita ambulatoriale: €. 30,00

- visita domiciliare: €. 50,00

4. Al medico convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il medico notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'allegato "D" su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.

5. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti e nell'ambito degli Accordi Regionali, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte delle Aziende. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite occasionali di cui al presente articolo.

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

ART. 58 - LIBERA PROFESSIONE.

1. La libera professione è esercitata secondo le norme del presente articolo.

2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, al di fuori degli obblighi, dei compiti e delle funzioni previsti agli artt. 29 e 45 del presente Accordo, nonché degli accordi regionali ed aziendali, al medico iscritto negli elenchi è consentito svolgere attività di libera professione onorata dal paziente anche nei confronti dei propri assistiti e nei confronti degli assistiti di altri medici.

3. Si definisce attività libero professionale:

- a) strutturata, quella espletata in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di studio dedicati all'attività convenzionale;
- b) occasionale, quella occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso, al di fuori degli orari dedicati all'attività convenzionata;

4. Il mmg che intenda esercitare attività libero professionale per un congruo numero di ore può richiedere una limitazione di massima dichiarando che l'attività svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.

5. L'attività libero professionale strutturata e occasionale, non deve recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio e al domicilio del paziente.

6. L'attività libero professionale strutturata quando comporta un impegno orario inferiore alle 5 ore settimanali non comporta la limitazione così come non comporta nessun limite di massima l'attività di valutazione di primo livello esercitata da un collega esperto a favore dei colleghi della propria associazione o dei colleghi del AFT.

7. L'attività libero-professionale occasionale svolta dal medico convenzionato di assistenza primaria non può essere valutata in alcun modo ai fini della limitazione del massimo.

8. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, i medici iscritti negli elenchi possono svolgere attività di libera professione strutturata nei confronti dei propri assistiti per le categorie di prestazioni di seguito specificate:

- a) prestazioni non comprese nei compiti e nelle attività previsti dagli artt. 29 e 45, del presente accordo;
- b) prestazioni professionali, anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali, diagnostici e terapeutici, non esplicitamente previste fra le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D o fra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da accordi regionali od aziendali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi;
- c) prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive;
- d) prestazioni specialistiche inerenti la specializzazione o la competenza posseduta;
- e) prestazioni concernenti discipline cliniche predeterminate dall'interessato e delle quali l'assistito sia portato preventivamente a conoscenza.

9. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di assistenza primaria può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

10. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

ART. 59 - TRATTAMENTO ECONOMICO.

(Articolato in via di completamento)

ART. 59 bis – Flusso Informativo.

1. Dal gennaio 2009 il medico di assistenza primaria quando prescrive con i sistemi informatici le ricette o le richieste/impegnative queste vengono trasmesse in modo automatico e senza nessun intervento da parte del medico alla propria azienda sanitaria per le informazioni elementari di seguito specificate:

- richiesta di consulenza al PS per diagnosi accertata o ipotesi diagnostica o problema sfumato: sarà poi il PS che valuterà l'opportunità o meno di suggerire il ricovero; in casi particolari (ricoveri nelle strutture convenzionate) è possibile chiedere un ricovero anche da parte del mmg, in accordo con la struttura stessa, motivando la richiesta;
 - richieste di visite specialistiche;
 - richieste di esami strumentali;
 - possono essere rendicontate, per mezzo della data di prescrizione, gli accessi ed i contatti degli assistiti che comportino comunque una disposizione o ricetta;
 - gli accessi domiciliari ufficialmente inseriti nel sistema ADI, già rendicontati con sistemi cartacei, e le attività di team territoriali potranno utilizzare sistemi informatizzati molto semplici tipo "diario degli incontri e dei processi decisionali" su foglio word che potrà essere inviato all'ausl alla conclusione dell'assistenza o alla dimissione del paziente
 - lo stesso dicasi per le prestazioni di particolare impegno professionale e per le vaccinazioni
2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:
- riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura)
 - riportare la data (giorno, mese, anno) inerente al caso
 - trasmesse in formato elettronico dai medici convenzionati tramite il sistema informatico aziendale/regionale per le finalità di governance del SSR; le informazioni inviate automaticamente, elaborate a cura dell'azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali restano patrimonio delle aziende e dei mmg e verranno utilizzate unicamente per finalità di comune interesse.
 - Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati
 - l'intero sistema informatico per tutti i suoi elementi è a completo carico regionale/aziendale compreso la fornitura di macchine, stampanti, linee, assistenza help desk, aggiornamenti, antivirus;
 - gli applicativi devono essere unici, semplificati e intuitivi tipo "cartella per problemi" in grado di mostrare tutto ciò che riguarda il paziente in oggetto in un'unica videata;
 - gli aggiornamenti anagrafici, le modifiche e gli aggiornamenti di esenzione per patologia o per altri motivi con la relativa suddivisione automatica di farmaci con le eventuali possibilità di distribuzione diretta o di piani terapeutici, esami e indagini è completamente a carico regionale/o di funzionari aziendali e non possono essere imputati ai medici prescrittori errori di impostazione informatica o di esenzione;
 - ogni guasto o mal funzionamento del sistema o della strumentazione che richieda competenze informatiche non può essere in alcun modo attribuito al medico;
 - la previsione dell'abolizione di ogni strumento cartaceo a favore della completa trasformazione dei documenti in formato elettronico deve comunque prevedere che, in caso di necessità, il medico può rilasciare ogni forma di certificazione, sostitutiva al sistema informatico, su carta personale intestata e firmata.

ART. 59 ter – Tessera sanitaria e ricetta elettronica.

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione (o Provincia Autonoma) di pertinenza, del progetto tessera sanitaria-collegamento in rete-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'articolo 13 bis, comma 5; la ricetta elettronica ha la caratteristica di essere tracciabile, grazie al codice a barre, dal sistema di accoglienza regionale e di poter essere così utilizzabile per finalità di governo clinico e di studio dei dati aggregati; la ricetta informatica virtuale, tutt'ora in via di studio, presuppone prescrizioni senza cartaceo e possibilità di ritiro del prescritto da parte del cittadino tramite una tessera contenente un sistema di riconoscimento (ad es.: una tessera sanitaria con chip elettronico in grado di includere anche il fascicolo sanitario/ patient summary);
2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15% su base annua fatto salvo la completa strutturazione informatica da parte regionale (accesso quotidiano agli indici di prescrittività raggiunti dal medico incrementati di un 5-10% tenuto conto delle prescrizioni domiciliari al momento non informatizzate; formazione e informazione da parte aziendale sul corretto utilizzo del sistema informatico regionale e sulle modifiche continuamente apportate in merito alla sua funzionalità);
3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.
4. La relativa trattenuta è applicata dall'azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.
5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico o alle inadempienze regionali e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.
6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art.30
7. Nulla è dovuto dal medico se il mal funzionamento dell'intero sistema e del progetto ha origini tecniche informatiche a partire dalle macchine site nell'ambulatorio (competenze tecniche informatiche non richieste al medico) ai sistemi di rete aziendali e regionali;
8. Al fine di migliorare il funzionamento dell'intero sistema si auspica l'applicazione dei sistemi cloud e wireless al fine di sollevare il medico dalle incombenze tecniche e di permettere di utilizzare il sistema informatico sia in ambulatorio che al domicilio o nelle strutture;
9. I dati specifici derivanti dalla professionalità e dall'attività medico-clinica sono di proprietà del medico;
10. Le informazioni comunicate dal paziente al medico e i dati personali sono di proprietà dell'assistito e del medico;
11. Il Fascicolo sanitario elettronico e il patient summary, tutt'ora in via di studio, sono una raccolta di dati e informazioni sanitarie che costituiscono la storia clinica di una persona;

ART. 60 - CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA. (Articolato in via di completamento)

ART. 61 - RAPPORTI TRA IL MEDICO CONVENZIONATO E LA DIRIGENZA SANITARIA DELL'AZIENDA.

1. Ai fini del corretto rapporto tra i medici di assistenza primaria e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed al rispetto delle norme in essi contenute, le Regioni indicano i referenti di nucleo/AFT come soggetti più adeguati a mantenere i rapporti tra le parti.
2. I medici convenzionati di cui al presente Capo sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.
3. I medici sono tenuti prima di tutto al rispetto del codice deontologico e alla colleganza tra loro; i massimi dirigenti aziendali hanno soprattutto il dovere di osservare i regolamenti e gli obiettivi aziendali anche se sono medici: questa discrepanza può creare conflittualità di interessi e di finalità che deve trovare nell'ordine dei medici un arbitro e un mediatore sopra le parti.

CAPO III LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

ART. 62 - CRITERI GENERALI.

1. La continuità assistenziale (conosciuta dalla popolazione come Guardia Medica) viene uniformata alle aree contrattuali della medicina generale e nello stesso tempo alle tutele riconosciute alle stesse aree pur preservando il coordinamento della CA a livello distrettuale coordinato da un medico referente eletto dai colleghi titolari della continuità assistenziale per un massimo di tre anni.
 - a) l'accesso unico al convenzionamento a 38 ore settimanali, in caso di zona carente, ed inserimento nell'AFT/nucleo a zero assistiti con attività AD, team, hospice, attività diurne di CA in affiancamento ai mmg di AP, ai mmg della MdS e ai medici Specialisti Ambulatoriali Interni, guardie notturne; partecipazioni a programmi sperimentali di auto attivazione e autoorganizzazione in caso di catastrofi e disastri e di collaborazione e coordinamento della pronta disponibilità infermieristica prefestiva e festiva operante nei locali attrezzati delle medicine di gruppo di norma chiuse nei prefestivi e festive; possibilità di partecipare allo studio e all'indagine sperimentale di un tutoraggio/affiancamento del mmg all'interno di una AFT e con tutte le tutele e le garanzie derivanti dall'inserimento del mmg di CA a 38 ore anche se inizialmente è senza scelte; possibilità di passaggio da un settore all'altro della medicina generale e/o della specialistica ambulatoriale e/o della dirigenza e/o del 118 in caso di necessità e dei requisiti o attestati o specialità.
 2. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza primaria per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende, sulla base della organizzazione dei servizi territoriali e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, organizzano le attività sanitarie in continuità con l'assistenza primaria dei mmg e dei pediatri di libera scelta per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili, dalle ore 8 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.
 3. Il servizio di continuità assistenziale è indirizzato a tutta la popolazione, in ambito aziendale, in ogni fascia di età, sulla base di uno specifico livello assistenziale. Le prestazioni sono realizzate da:
 - a) da medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli articoli seguenti del presente Capo;
 - b) da medici di cui alla lettera a) organizzati in forme associative con i medici di assistenza primaria per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore in ambiti territoriali definiti;
 - c) da un singolo convenzionato per l'assistenza primaria residente nell'ambito territoriale;
 Per quanto previsto dalle lettere b), c) le attività di Continuità assistenziale possono essere assicurate anche in forma di servizio attivo in disponibilità domiciliare.
 4. Nell'ambito delle attività dei team, delle AFT/nuclei o altre forme associative delle cure primarie, ai medici di continuità assistenziale sono attribuite funzioni coerenti con le attività della medicina di famiglia, nell'ambito delle rispettive funzioni, al fine di un più efficace intervento nei confronti delle esigenze di salute della popolazione.
 5. L'attività di continuità assistenziale può essere svolta in modo funzionale nei team/AFT/nuclei territoriali per attività diurne e in modo strutturato nelle sedi territoriali adeguatamente attrezzate, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali; ogni sede strutturale ha un coordinatore titolare che svolge anche attività di tutor e organizza le turnazioni; ogni azienda ha un responsabile/coordinatore aziendale della continuità assistenziale eletto dai e tra medici titolari che resta in carica 3 anni eventualmente rinnovabili; il responsabile/coordinatore aziendale e i coordinatori titolari di sede autoattivano e autoorganizzano l'attività di continuità assistenziale in caso di catastrofi e disastri; il coordinatore aziendale provvede a studiare ed organizzare a livello sperimentale un coordinamento con l'ipotizzato servizio di pronta disponibilità infermieristica sito nelle sedi delle medicine di gruppo che possano offrire spazi e servizi adeguati; il coordinatore titolare di sede svolge anche la funzione di tutor e affianca, almeno per un mese, i giovani medici che svolgono per la prima volta il servizio di guardia medica.
 6. Nell'ambito degli accordi regionali, i medici incaricati di espletare il servizio di continuità assistenziale in uno specifico ambito territoriale, possono essere organizzati secondo modelli adeguati a facilitare le attività istituzionali e l'integrazione tra le diverse funzioni territoriali.
 6. I compensi sono corrisposti dall'Azienda, a ciascun medico che svolge l'attività nelle forme di cui al comma 2 lettere b) e c), in considerazione anche di una quota aggiuntiva relativa al numero di assistiti superiori al rapporto ottimale che prevede 1 medico di continuità assistenziale ogni 5000 assistiti pagamento per gli assistiti in carico di una quota capitaria aggiuntiva definita dalla contrattazione regionale, e rapportata a ciascun turno effettuato.
 7. Nell'ambito degli Accordi regionali, per garantire la massima efficienza della rete territoriale e la integrazione ospedale-territorio, si prevede che l'attività di emergenza sanitaria territoriale possono essere eseguita solo da medici in possesso dell'attestato di formazione o della specialità.
 8. Ai medici di continuità assistenziale si applica quanto previsto da pregressi ACN (art. 82-83-88 e nei vari commi dell'ACN 2005): permesso annuale retribuito, congedo matrimoniale, malattia, gravidanza, premio di collaborazione corrispondente a un dodicesimo del compenso mensile incrementato secondo il numero di visite domiciliari ed ambulatoriali effettuate nella postazione; premio di operosità' per lavori notturni e usuranti.
 9. l'incarico di continuità assistenziale (guardia medica) viene conferito a 38 ore settimanali per i titolari.
 10. L'incarico di continuità assistenziale titolare decade nel caso il medico abbia un contratto di convenzione e raggiunga il n. di 1000 assistiti.
 11. Il medico di continuità assistenziale titolare o non titolare che abbia compiuto 60 anni oppure in ogni caso il medico che presenti patologie particolari può richiedere di svolgere solo attività diurna previo parere del comitato aziendale.
 12. Il medico di continuità assistenziale ha diritto a 40 ore di aggiornamento annuale retribuite come ore di servizio
 13. il medico di continuità assistenziale che presenti i necessari requisiti specialistici e/o formativi, dopo 10 anni di servizio continuativo nella continuità assistenziale, può chiedere di essere inserito negli organici della specialistica ambulatoriale o nel 118.

ART. 63 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende, previa comunicazione al comitato aziendale di cui all'art. 23, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende.
2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dal precedente comma 1 tutti i medici in graduatoria unica regionale per le zone carenti di assistenza primaria e per la titolarità di continuità assistenziale:
 - a) i medici che siano titolari di incarico di continuità assistenziale almeno da 2 anni possono chiedere il trasferimento ed hanno la precedenza per il 50% dei posti disponibili;

- b) non sono incompatibili per partecipare al conferimento di titolarità in CA incarichi di sostituzione temporanea di mmg di assistenza primaria o di pediatria di base
- c) In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
- d) tutti i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.
- e) i medici titolari presso la stessa azienda di convenzione in assistenza primaria o di medicina dei servizi o di emergenza territoriale
3. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/1 o Q/4.
4. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti i medici di cui alla lettera b) del comma 2 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
- attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;
 - attribuzione di punti 10 a coloro che nell'ambito della Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
 - attribuzione di punti 10 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale di settore e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.
5. Le graduatorie di cui al precedente comma 4 vengono formulate sulla base dei punteggi relativi e apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.
6. La Regione, o altro soggetto da essa incaricato per l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo, provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla Sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.
7. La Regione o altro soggetto incaricato, interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 2 in base alla anzianità di servizio effettivo in qualità di incaricato a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale o ex-guardia medica; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), comma 2 in base all'anzianità di convenzionamento nella medicina generale e successivamente i medici di cui al comma 2, lettera c in base all'applicazione dei criteri di cui al precedente comma 4 e sulla base del disposto di cui al comma 7 e 8 dell'articolo 16 della presente Accordo.
8. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 2, lettera a) è determinata sommando:
- l'anzianità totale di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica in qualità di incaricato a tempo indeterminato;
 - l'anzianità di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica nell'incarico di provenienza, ancorché già valutata ai sensi della lettera a).
 - una anzianità pari a 18 mesi per trasferimenti interregionali con provenienza da aziende di cui all'art. 64, comma 4.
9. A parità di anzianità per i medici di cui al comma 2, lett. a) e lett. b) e di quelli di cui al comma 5 del presente articolo, prevalgono nell'ordine la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.
10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o raccomandata con ricevuta di ritorno o con delega valida ai sensi di legge indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti indicati dal medico.
11. La Regione, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, comunica gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.
12. Il medico inserito nella graduatoria unica regionale distinta in settori dai relativi punteggio che avvantaggia significativamente competenze, formazioni, specialità, equipollenze, equivalenze sanatorie all'atto dell'atto notorio attestante la presenza o meno di altri rapporti di dipendenza anche a titolo precario, trattamenti pensionistici, eventuali posizioni di incompatibilità che comunque deve cessare all'atto dell'accettazione del nuovo incarico.
13. Se il medico incaricato è proveniente da altra Regione, l'Azienda comunica all'Assessorato alla sanità della regione di provenienza e a quella del luogo di residenza, ove non coincidenti, l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e per gli effetti di cui al successivo comma 16.
14. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 24 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.
15. Il medico che abbia accettato l'incarico da titolare di continuità assistenziale ai sensi del presente articolo è inserito nell'elenco dei medici titolari di continuità assistenziale:
- l'incarico è conferito a 38 ore settimanali in esclusività di rapporto
 - l'incarico è conferito a 24 ore se svolto con altre attività compatibili
 - le attività svolte a livello distrettuale aziendale o associativo devono essere conteggiate in riferimento al monte ore definito per l'incarico
 - le attività di medicina dei servizi può essere utilizzata prioritariamente dal medico di continuità assistenziale titolare per completare le 30 ore stabilite dall'incarico
 - la guardia turistica è inserita nei livelli di assistenza essenziali e attiene ai medici di continuità assistenziale, questa attività deve essere regolata da normative regionali ed affidata, come organizzazione degli incarichi, al medico titolare della sede interessata che può coordinare i colleghi incaricati di guardia medica turistica;
16. Il medico, già titolare di incarico, che concorre all'assegnazione di un incarico vacante, per trasferimento, in caso di assegnazione, decade dall'incarico di provenienza.

ART. 64 – RAPPORTO OTTIMALE.

- Al fine di consentire una programmazione corretta ed efficiente del servizio di continuità assistenziale nelle singole Aziende, le Regioni definiscono, anche sulla base delle proprie caratteristiche orografiche, abitative e organizzative, il fabbisogno dei medici di continuità assistenziale di ciascuna singola ASL, che è determinato secondo un rapporto ottimale medici in servizio/abitanti residenti.
- Ai fini di quanto previsto al precedente comma 1, il numero dei medici inseribili nei servizi di continuità assistenziale di ciascuna ASL è definito dal rapporto di riferimento 1 postazione completa in organico ogni 5000 abitanti residenti.
- Al fine di consentire una programmazione corretta ed efficiente del servizio di continuità assistenziale nelle singole aziende, le regioni di intesa con il comitato regionale definiscono il fabbisogno dei medici di continuità assistenziale in ciascuna singola Ausl anche in relazione alle attività di AFT/nucleo/ associazioni.

- a) i medici inseribili nel servizio di continuità assistenziale di ciascuna AUSL secondo quanto stabilito dal rapporto ottimale è di 1 medico di CA ogni 5000 assistiti residenti nel territorio di riferimento di quella sede di CA
- b) le regioni possono indicare per territori particolari, disagiate, disagiatissime o altro un rapporto ottimale diverso da concordare in comitato regionale
- 4. Le Aziende che dispongano di medici in servizio nella continuità assistenziale in esubero rispetto al rapporto ottimale come definito al comma 2, (tenuto conto delle variazioni di cui al comma 3), non possono attribuire ulteriori incarichi fino al riequilibrio di tale rapporto.
- 5. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.

ART. 65 – MASSIMALI.

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un orario settimanale di 38 ore di cui 14 in attività diurna feriale
2. Ai medici di continuità assistenziale titolari di incarico a 24 ore, che esercitano l'attività in forme associative funzionali ed a progetti assistenziali ad essa correlati, definiti nell'ambito degli Accordi regionali ed Aziendali, sono attribuite ulteriori 4 ore per attività istituzionali non notturne collegate anche con prestazioni aggiuntive e non concorrono alla determinazione del massimale orario. Sono fatti salvi gli Accordi regionali vigenti in materia.
3. I medici già incaricati alla data di entrata in vigore del presente Accordo per un numero di ore settimanali pari o inferiore a 12, mantengono tale incarico anche in deroga al precedente comma 1 ma sono tenuti a concorrere all'aumento orario qualora nell'ambito della Azienda si determinino incarichi orari vacanti. Il rifiuto di completare l'orario fino alla concorrenza di almeno 24 ore settimanali comporta la decadenza dall'incarico.
4. In caso di organizzazione del servizio in forme associative strutturali delle cure primarie o in UTAP, il conferimento dell'incarico è di norma a 38 ore settimanali, di cui 14 in attività diurna feriale.
5. L'incarico di 38 ore settimanali non comporta esclusività di rapporto purché le 38 ore siano correttamente completate ed è conferibile anche nei confronti del medico che assume l'incarico a tempo indeterminato per la medicina generale o per la pediatria di libera scelta, finché non raggiunge in carico 1000 scelte per l'AP e 500 per la PLS quota di assistiti che diventa incompatibile con l'attività di CA
6. La cessazione dell'incarico per il raggiungimento del limite di scelte di cui al comma 5, nei confronti dei medici titolari di incarico di continuità assistenziale ha effetto dal sesto mese successivo a quello in cui si determina il superamento del numero di scelte compatibile.
7. Ai fini di cui al precedente comma 6 l'Azienda è tenuta a comunicare al medico il raggiungimento del limite di scelte previsto dal comma 5 nel mese in cui tale situazione si determina e le conseguenze del raggiungimento di tale limite (cessazione dell'incarico di continuità assistenziale).
8. Prima di esperire la procedura di pubblicazione di eventuali incarichi vacanti, gli orari disponibili all'interno dell'Azienda vengono comunicati ai medici già titolari di incarico a tempo indeterminato inferiore a 24 ore settimanali, ed assegnati fino a concorrenza del massimale orario, secondo l'ordine di anzianità di incarico nella stessa Azienda, l'anzianità di laurea e la minore età al conseguimento del diploma di laurea.
9. L'orario complessivo dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale sommato a quello risultante da altre attività compatibili non può superare le 38 ore settimanali.
10. Il medico titolare di incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato che detenga anche un rapporto convenzionale di assistenza primaria o di pediatria di base fino alla concorrenza rispettivamente di 1000 e di 500 scelte, può svolgere attività di libera professione strutturata.
11. Il medico decade dall'incarico qualora:
 - a) insorga una situazione di incompatibilità;
 - b) rifiuti l'incremento orario ai sensi del precedente comma 3
 - c) non riduca l'orario delle attività compatibili nella fattispecie di cui al comma 9.
 - d) rinunci spontaneamente all'attività di CA
12. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 11, la Azienda contesta al medico la situazione di incompatibilità entro 30 giorni dalla sua rilevazione e sulla base delle procedure dell'art. 30 definisce la cessazione del rapporto convenzionale.
13. Il disposto di cui al comma 11 si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale l'Azienda definisce e comunica al medico la cessazione del rapporto convenzionale.
14. Gli Accordi regionali disciplinano le modalità con cui possono attribuire, a garanzia della continuità del servizio, eventuali ore di attività eccedenti l'orario tipo settimanale di incarico senza modificare la natura dell'incarico conferito
 - a) per esigenze straordinarie e sempre a garanzia della continuità del servizio e limitatamente nel tempo, eventuali ore di attività eccedenti l'orario settimanale di incarico, possono essere affidate a medici sostituti che si rendano disponibili
 - b) il coordinatore titolare procurerà di organizzare questi turni straordinari
 - c) il coordinatore titolare della sede è il responsabile del buon funzionamento dell'organizzazione dei turni, delle attrezzature e delle forniture necessarie alla sede stessa e informa il responsabile/coordinatore della CA aziendale in caso di situazioni di mancata sicurezza strutturale e per le persone
 - d) episodi di particolare gravità, di aggressività e di violenza sono da considerare come interruzione di pubblico servizio in presidio territoriale e la denuncia verso i responsabili dell'interruzione è a carico aziendale e non del singolo medico in servizio che ha subito la violenza.

ART. 66 – LIBERA PROFESSIONE.

1. La libera professione può essere esercitata al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
2. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.
3. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di continuità assistenziale può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.
4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

ART. 67 - COMPITI DEL MEDICO. (Art. 22 ACN 27.5.09)

1. Il medico che svolge funzioni di continuità assistenziale assicura con la visita medica in ambulatorio (strutturalmente attivato) o previa valutazione telefonica preliminarmente le attività sanitarie in continuità con l'assistenza primaria e della pediatria di libera scelta ai cittadini residenti nel territorio afferente alla sede di servizio. In presenza di forme associative strutturate delle cure primarie e di attività organizzata in team, dove è compresa all'interno della struttura associativa anche l'attività di continuità assistenziale il servizio di guardia medica è erogata anche nei confronti della popolazione che ha effettuato la scelta in favore dei medici facenti parte dell'associazione medesima

2. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, fin dall'inizio del turno in servizio attivo, nella sede assegnatagli dalla Azienda o presso il proprio domicilio o nelle altre modalità specifiche previste per le forme associative delle cure primarie, e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno

a) deve, in contatto con il medico titolare coordinatore della sede, assicurarsi che il collega che deve ricoprire il turno successivo sia a completa disposizione e in caso contrario o in casi eccezionali il medico già in turno manterrà la postazione fino a che il medico titolare coordinatore della sede non avrà provveduto alla sostituzione

b) ogni ora di servizio non prevista e svolta in situazioni eccezionali o particolari viene considerata straordinaria e remunerata con un compenso orario doppio a quello del turno svolto in situazioni preordinate

c) durante la sua attività in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente il medico effettua gli interventi ritenuti appropriati

d) la valutazione dei livelli di appropriatezza degli interventi può essere definita sulla base di linee guida internazionali e regionali implementate dagli audit eseguiti negli incontri all'interno delle forme associative della medicina generale territoriale nei quali si valutano tra le altre cose la contestualizzazione delle linee guida stesse, i criteri, i processi e gli indicatori di risultato delle azioni e del processo assistenziale, si valutano i dati e si confrontano con quanto emerso dalla letteratura e dalla EBM

3. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali. Secondo le indicazioni aziendali, in particolari situazioni di necessità e ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali definite nell'ambito degli Accordi regionali

4. Al fine di rendere maggiormente efficiente ed efficace il controllo del ricorso all'ospedalizzazione impropria la funzione di continuità assistenziale deve essere coinvolta nello sviluppo dei team territoriali e nelle altre forme organizzative delle cure primarie, primariamente con lo sviluppo completo del sistema informatico regionale che consenta a tutti gli attori dell'assistenza primaria di poter essere in contatto ed in rete, secondariamente con la partecipazione attiva dei medici di Continuità Assistenziale direttamente alle attività dei team territoriali e delle associazioni dell'assistenza primaria.

5. I turni notturni e diurni festivi e prefestivi sono di 12 ore.

6. A livello aziendale sono definite le modalità di esercizio dell'attività, ai fini dell'eventuale organizzazione dell'orario, anche ai fini del ristoro psicofisico del medico, particolarmente nei mesi estivi.

a) il ristoro psicofisico è comparabile a 30 giorni lavorativi di ferie annuali retribuiti, vanno comunicati al responsabile/coordinatore della CA aziendale azienda con un preavviso di almeno 5 gg.

7. Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Le registrazioni devono avere per oggetto:

a - nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;

b - generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito (nel caso che sia persona diversa);

c - ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;

d - ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato.

8. Per le prestazioni effettuate, il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (Allegato M), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

9. Il medico utilizza solo a favore degli utenti registrati, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura "Servizio continuità assistenziale", fornitogli dalla Azienda per le proposte di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore per un massimo di 3 giorni, le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile sulla base del ricettario di cui alla Legge 326/2003 e secondo le disposizioni vigenti in materia.

10. Il medico in servizio attivo deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno, anche per esigenze di servizio, spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario.

11. Il medico di continuità assistenziale che ne ravvisi la necessità deve direttamente allertare il servizio di urgenza ed emergenza territoriale per l'intervento del caso.

12. Il medico in servizio di continuità assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al Nomenclatore Tariffario dell'Allegato D, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero.

13. Le prestazioni di cui al precedente comma 12 sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante.

14. Nell'ambito degli Accordi regionali e sulla base del disposto dell'art. 32, è organizzata la continuità dell'assistenza ai cittadini non residenti nelle località a forte flusso turistico.

15. Nell'espletamento delle attività di cui al precedente comma, il medico è tenuto a utilizzare, il modello prescrizione-proposta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza dell'assistito.

16. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:

a) la redazione di certificazioni obbligatorie, quali: certificazione di malattia per i lavoratori turnisti ed in particolare coloro che operano anche durante i prefestivi e festivi e la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove prevista;

b) l'adesioni alle AFT/ aggregazioni ed associazionismo territoriale a diversa complessità con particolare riferimento alle strutture territoriali intermedie, protette e alle ADI in collaborazione partecipativa ai team territoriali;

c) gli adempimenti di quanto previsto dall'art. 59 ter;

d) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del SSN in relazione alle tematiche evidenziate nell'art. 45;

e) la segnalazione diretta e personale al collega di assistenza primaria medico di fiducia dell'assistito in caso di particolare complessità clinico-sanitaria rilevati nel corso degli interventi di competenza del medico di continuità assistenziale

f) la constatazione di decesso

17. Il medico di continuità assistenziale partecipa alle attività previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso, analogamente agli altri medici di medicina generale che ad esse partecipano. Tali attività sono primariamente orientate a promuovere la piena integrazione tra i diversi professionisti della Medicina generale per la presa in carico h 24 dell'assistito anche attraverso attività diurne o di team territoriale.

18. Con gli accordi regionali e aziendali sono individuati eventuali ulteriori compiti e modalità di partecipazione del medico che svolge attività di continuità assistenziale per partecipare ed integrarsi con le attività previste nei team territoriali e nelle forme associative delle cure primarie a diversa complessità.

ART. 68 - COMPETENZE DELLE AZIENDE.

1. L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale, necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio, sulla base del relativo protocollo definito nell'ambito degli Accordi regionali.

2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali, di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici completi e con doccia separati da quelli per gli assistiti.
3. L'azienda può prevedere, per i medici in servizio di CA, anche una disponibilità domiciliare in servizio attivo similmente a quanto avviene in molte realtà ospedaliere anche per poter potenziare il servizio stesso in casi di particolare necessità.
4. L'Azienda, sentiti i medici interessati, predispone i turni e assegna, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica in merito all'applicazione del d. Lgs. 626/94, 81/2008 e 106/2009 le sedi di attività nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra.
5. L'Azienda, sulla base di apposito Accordo regionale, provvede altresì:
 - a) alla disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di telefono mobile e di caratteri distintivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
 - b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate, su supporto magnetico o digitale, presso le sedi operative;
 - c) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici di continuità assistenziale.
 - d) dotare le postazioni e i singoli medici di mezzi informatici idonei a tutti gli adempimenti di cui all'articolo 67, dei software, delle infrastrutture, dei collegamenti in rete con l'intero sistema regionale, delle cartelle cliniche uniche, uniformate a quelle dei mmg e valide per tutta la regione; la dotazione completa e l'assistenza in caso di al funzionamento deve essere garantita a tutte le postazioni di guardia medica di tutto il paese.
5. Nell'ambito degli Accordi regionali, sono definite le competenze delle Aziende in caso di attivazione della continuità assistenziale nell'ambito dei team e delle associazioni territoriali a varia complessità delle cure primarie.

ART. 69 - RAPPORTI CON IL MEDICO DI FIDUCIA E LE STRUTTURE SANITARIE.

1. Ai fini del corretto rapporto tra i medici di continuità assistenziale e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed il rispetto delle norme in essi contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte.
2. I medici convenzionati di cui al presente Capo sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.
3. Il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza ed un efficace integrazione delle professionalità operanti nel territorio, interagisce con il medico di fiducia e con le strutture aziendali, secondo modalità da definirsi nell'ambito degli Accordi regionali e nel rispetto degli adempimenti di cui all'art. 67 punto 10.
4. In attesa che le regioni definiscano le procedure di cui ai commi precedenti del presente articolo, e modelli di interazione professionale, il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulo informativo (allegato "M"), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.
5. La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.
6. Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e - se del caso - la motivazione che ha indotto il medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che egli ritenga utile evidenziare; l'invio di ogni scheda informatica viene retribuito secondo modalità stabilite da accordi regionali.
7. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentino caratteristiche di indifferibilità.

ART. 70 – SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI.

1. Il medico che non può svolgere il servizio deve avvertire il responsabile, indicato dalla Azienda, che provvede alla sostituzione secondo le procedure di cui ai commi successivi:
 - a) ad integrazione ed in aggiunta a quanto previsto dall'art.18 il medico con attività convenzionata può richiedere la sostituzione a suo carico della stessa attività per un periodo di 30 giorni lavorativi annuali senza nessuna sospensione del rapporto convenzionato e senza soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini dell'anzianità di servizio
2. Gli Accordi Regionali, in attesa che siano operative le forme associative della medicina generale territoriale a varia complessità possono prevedere figure di coordinamento dei medici della continuità assistenziale operanti in uno specifico territorio con funzioni di raccordo con il responsabile aziendale, anche ai fini di quanto previsto dal presente articolo e dal comma 5 dell'articolo 62.
3. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, l'Azienda può conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai commi successivi.
4. Per sostituzioni superiori a 9 giorni, l'Azienda conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 2, comma 12, o, in mancanza, della graduatoria regionale di settore vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio della Azienda.
5. Si potranno incaricare per un massimo di tre mesi all'anno anche medici non presenti nella graduatoria regionale vigente in quanto divenuti idonei in un momento non adatto per compiere le formalità utili per essere inclusi nella graduatoria unica regionale
6. Qualora non fosse possibile garantire il servizio secondo le procedure di cui al precedente comma, l'Azienda potrà concordare, ai sensi del comma 14 dell'articolo 65, con i medici incaricati un aumento delle ore settimanali oltre il limite di 24 ore e fino al limite massimo di 38 ore.
6. Ai sensi della Legge 448/2001, art. 19, comma 11, qualora non fosse possibile esperire le procedure di cui al comma 4 ed al comma 5, al solo fine di garantire il servizio si potranno indicare nei casi di carente disponibilità per non più di 6 mesi all'anno ogni medico laureato ed abilitato nonché iscritto all'ordine con priorità per i medici specializzandi in medicina generale territoriale (ex corso specifico)
7. Per carente disponibilità di cui al comma precedente, si intende la mancanza di medici per:
 - a) rinuncia degli iscritti alla graduatoria regionale di settore vigente.
 - b) raggiungimento del tetto massimo di 38 ore settimanali da parte dei medici già incaricati del servizio.
8. L'incarico di sostituzione può essere attribuito per un periodo fino a dodici mesi, sulla base del disposto degli Accordi regionali. Un ulteriore incarico può essere conferito allo stesso medico sulla base di quanto disposto dal comma 11 del presente articolo.
9. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento al medico interessato di incarico a tempo indeterminato.
10. Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio, i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria di disponibilità o, se esistente, della graduatoria regionale di settore, a seguire rispetto al medico precedentemente incaricato.
11. Esaurite le procedure di cui al comma 10, ove non sia stato assegnato l'incarico provvisorio vacante, la ASL può attribuire lo stesso ripercorrendo integralmente la graduatoria di disponibilità e quella di settore.
12. L'azienda, per sostituzioni di durata pari o inferiore a 9 giorni, utilizza i medici in reperibilità oraria presso quella sede.

13. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 18 e per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

14. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 4.

15. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

ART. 71 – ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITÀ.

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

- dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;
- dalle ore 9,00 alle 10,30 dei soli giorni prefestivi;
- dalle ore 7,00 alle 8,30 dei soli giorni festivi.

2. Il medico di Continuità assistenziale incaricato ai sensi degli artt. 63 e 70 del presente Accordo è tenuto ad effettuare i turni di reperibilità secondo il disposto di cui al comma 1.

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione e di remunerazione, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

ART. 72 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

(Articolato in via di completamento)

ART. 73 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI.

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

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

- a) 1,5 milioni di euro per morte od invalidità permanente;
- b) 150 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvo diversi accordi regionali

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo.

4. Nell'ambito degli Accordi regionali il medico inabile allo svolgimento dei compiti di cui al presente Capo, può essere sostituito nell'incarico di CA a tempo indeterminato ed adibito a specifiche differenti attività distrettuali.

CAPO IV

MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 74 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. I medici che alla data di entrata in vigore del presente accordo sono incaricati a tempo indeterminato nella attività di medicina dei servizi, già disciplinate dal capo II del D.P.R. n. 218/92, , sono iscritti, SU BASE VOLONTARIA, nel ruolo della dirigenza medica e diventano a tutti gli effetti dirigenti della ASL nell'ambito della quale ricoprono l'incarico della medicina dei servizi a più alto trattamento orario.

2. I medici di cui al comma 1, che non vogliono essere iscritti nel ruolo della dirigenza medica, restano a rapporto convenzionale e vanno ad esaurimento.

3. I medici che, alla data di entrata in vigore del presente accordo, sono incaricati a tempo determinato, restano in servizio fino alla fine del contratto da loro sottoscritto che non è più rinnovabile. Gli incarichi da loro coperti sono affidati ai medici passati a dirigenza.

ART. 75 – MASSIMALE ORARIO E SUE LIMITAZIONI.

1. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato che hanno rifiutato il ruolo della dirigenza, non possono ricoprire un incarico superiore alle ore già coperte al momento dell'entrata in vigore del presente accordo.

2. L'incarico di medicina dei servizi territoriali fino a 24 ore settimanali cessa nei confronti del medico incaricato a tempo indeterminato per la assistenza primaria o per la pediatria di libera scelta che detenga o raggiunga un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 600 o 320 scelte.

3. L'incarico a 38 ore comporta l'esclusività del rapporto, fatta salva la libera professione.

4. Il medico titolare di rapporto convenzionale di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta può detenere anche un incarico di medicina dei servizi territoriali non superiore, in ogni caso, a 24 ore settimanali.

6. Le diverse situazioni esistenti all'entrata in vigore del presente Accordo, restano immutate fino alla stipula degli Accordi regionali.

ART. 76 – AUMENTI D'ORARIO

(Abolito)

ART. 77 - RIDUZIONE DI ORARIO DEGLI INCARICHI E SOPPRESSIONE DEI SERVIZI.

1. L'Azienda non può dar luogo a riduzione di orario dell'incarico, né il titolare dell'incarico può richiedere una riduzione di orario.

2. I provvedimenti con i quali si introducono modificazioni nei rapporti disciplinati dal presente accordo sono comunicati entro 10 giorni al comitato di cui all'art. 23.

3. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato e senza soluzione di continuità dell'incarico.

ART. 78 – COMPITI E DOVERI DEL MEDICO – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato deve:
 - a) attenersi alle disposizioni contenute nel presente accordo e a quelle che l'Azienda emana per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali;
 - b) osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico a tempo indeterminato.
2. Le Aziende provvedono al controllo dell'osservanza dell'orario con procedure uguali a quelle in vigore per il personale dipendente.
3. A seguito dell'inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate trattenute mensili sulle competenze del medico inadempiente, previa rilevazione contabile delle ore di lavoro non effettuate.
4. Ripetute e non occasionali infrazioni in materia di orario di lavoro e di rispetto dei compiti previsti dal presente Capo potranno essere contestate al medico secondo la procedura di cui all'articolo 30 del presente Accordo.
5. 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.
6. Il medico può, su base volontaria, aderire alle équipes territoriali ed alle altre forme associative complesse e strutturali
7. Sono inoltre doveri e compiti del medico:
 - a) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 29;
 - b) la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale.
8. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali e partecipa al riparto di eventuali forme economiche incentivanti previste dagli accordi stessi.
9. Il medico incaricato per le attività di medicina dei servizi può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
- 9 bis. Il medico incaricato per le attività di medicina dei servizi può esercitare la libera professione intra moenia nell'ambito delle équipes territoriali ed di altre forme associative complesse e strutturali nell'interesse dell'Azienda e nell'ambito territoriale e logistico da essa definito.
10. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.
11. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico dei servizi territoriali può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.
12. Per le attività disciplinate dal presente Capo, sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge 146/1990 e della legge 83/2000, quelle rese nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale.
13. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.
14. 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. 79 – TRASFERIMENTI.

1. Il trasferimento dei medici tra Aziende della stessa regione o di regioni diverse, può avvenire a domanda del medico previo nulla-osta dei Direttori Generali delle Aziende interessate.
2. Per il trasferimento a domanda, l'interessato deve farne contestuale richiesta alle Aziende di provenienza e di destinazione.
3. L'Azienda di destinazione deve dare comunicazione al comitato zonale della disponibilità del posto da ricoprire mediante l'accoglimento della richiesta di trasferimento; nel caso di più medici interessati, prevale la posizione del medico che svolge l'attività di cui al presente accordo in via esclusiva, in subordine l'anzianità di incarico, la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
4. Ove sia possibile in relazione alle disponibilità orarie il medico è trasferito all'Azienda di destinazione con il medesimo numero di ore di cui era titolare nell'Azienda di provenienza.
5. Il trasferimento del medico nell'ambito dei servizi distrettuali della Azienda può avvenire anche a domanda dell'interessato.
6. Le Aziende, fatto salvo quanto previsto in materia di aumento e riduzione degli orari dagli articoli 75 e 77, possono attivare modifiche delle sedi di attività dei medici, con mantenimento dell'orario complessivo del medico, all'interno della Azienda nell'ambito di accorpamenti di sedi funzionali ad una migliore organizzazione dei servizi territoriali, d'intesa con i sindacati firmatari del presente Accordo.
7. I trasferimenti d'ufficio devono essere giustificati o dall'opportunità di unificare in un sola zona le prestazioni del sanitario, oppure di concentrazione o soppressione di servizi, nel rispetto dei criteri generali in materia di mobilità concordati a livello aziendale con i sindacati firmatari del presente accordo.
8. Nel caso di trasferimento d'ufficio al medico viene comunque assicurato il mantenimento del numero di ore di attività già assegnato; l'orario di servizio presso il presidio di destinazione è determinato dall'Azienda sentito il medico.
9. Il medico trasferito, a domanda o di ufficio, conserva l'anzianità maturata nel servizio di provenienza.
10. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato.
11. Al medico che accetta il trasferimento di incarico ad altra Azienda viene garantita, comunque, la contestualità, in continuità di servizio, tra la cessazione del vecchio incarico e l'attivazione del nuovo.

ART. 80 – DISPONIBILITÀ.

1. 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. 81 – SOSTITUZIONI.

1. Alle sostituzioni dei medici incaricati a tempo indeterminato che per giustificato motivo si assentino dal servizio **l'Azienda può, a suo giudizio, provvedere** assegnando incarichi provvisori secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'art. 15, comma 12, o, in mancanza, di quella regionale di settore se presente, di cui al presente Accordo, con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda.
2. L'incarico di sostituzione non può superare la durata di tre mesi.
3. L'incarico di sostituzione cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato.
4. Alla scadenza, un ulteriore incarico potrà essere conferito dalla Azienda ad un altro medico a seguire e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'art. 15, comma 12, o, in mancanza, di quella regionale di settore, di cui al presente Accordo.
5. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 18 e per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, per motivi che non siano quelli previsti dall'art. 18, l'Azienda sentito il Comitato di

cui all'art. 23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

6. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede l'Azienda con le modalità di cui ai commi 2 e 4.

7. Al medico sostituto spetta il trattamento economico di cui all'articolo 85.

ART. 82 - PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO - CONGEDO MATRIMONIALE.

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di trenta giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a cinque volte l'impegno orario settimanale.

2. Il permesso è usufruito in uno o più periodi, a richiesta dell'interessato, con un preavviso di quarantacinque giorni

3. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio.

4. Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui all'art. 84.

5. Il periodo di permesso viene fruito durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.

6. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.

7. Al medico confermato spetta un congedo matrimoniale retribuito di quindici giorni non festivi continuativi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.

8. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.

ART. 83 – MALATTIA – GRAVIDANZA.

1. Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio, anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi, che gli impediscono qualsiasi attività lavorativa, l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50 per cento per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza emolumenti.

2. L'Azienda può disporre controlli sanitari in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati.

3. In caso di gravidanza o puerperio, l'Azienda mantiene l'incarico per sei mesi continuativi.

4. Durante la gravidanza e il puerperio l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

ART. 85 – TRATTAMENTO ECONOMICO

(Articolato in via di Completamento)

ART. 86- RIMBORSO SPESE DI ACCESSO.

1. Per incarichi svolti in comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nella stessa provincia, viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese per chilometro in misura uguale a quella prevista per il personale dipendente.

2. Il rimborso non compete nell'ipotesi che il medico abbia un recapito professionale nel comune sede di presidio presso il quale svolge l'incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell'intervenuta soppressione all'Azienda.

3. La misura del rimborso spese sarà proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in comune più vicino a quello sede del presidio. Rimarrà 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. 87 - PREMIO DI COLLABORAZIONE.(Art. 26 ACN 27.5.09)

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso di cui all'articolo 85, comma 1 ACN 23 marzo 2005 .

2. Detto premio è liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.

3. Al medico che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio viene liquidato all'atto della cessazione del servizio.

4. Il premio di collaborazione non compete al medico nei cui confronti sia stato adottato il provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi disciplinari.

ART. 88 - PREMIO DI OPEROSITÀ.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione dell'incarico un premio di operosità nel limite di quanto già corrisposto ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 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. Ciascuna mensilità, calcolata in base al compenso orario in vigore al momento della cessazione del rapporto, è ragguagliata alle ore effettive di attività svolta dal medico in ogni anno di servizio.

4. Conseguentemente ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

ART. 89 - ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di medicina dei servizi contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Capo, ivi compresi, ove l'attività sia prestata in una sede diversa da quella di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di 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:

c) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;

d) 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 firmatari entro sei mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo.

ART. 90 - RAPPORTI TRA IL MEDICO CONVENZIONATO E LA DIRIGENZA SANITARIA DELL'AZIENDA.

1. Ai fini del corretto rapporto tra i medici dei servizi territoriali e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed al rispetto delle norme in esse contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte.

2. I medici convenzionati di cui al presente Capo sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dal presente Accordo.

CAPO V

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 91 - GENERALITÀ , CAMPO DI APPLICAZIONE. INQUADRAMENTO IN RUOLO

L'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale viene riconosciuta come parte integrante del Sistema Emergenza e la sua attività si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella centrale operativa, per interventi di soccorso in caso di maxiemergenze o disastro ed ad integrazione delle attività del DEA/PS, coinvolgendo medici specificatamente formati ma ad oggi , con due tipologie di contratto: convenzione e dirigenza con ovvie problematiche giuridico – organizzative per gli operatori e per il Sistema Emergenza.

Le parti concordano:

1. I medici che dalla data di entrata in vigore del presente accordo sono incaricati a tempo indeterminato nell'attività di emergenza sanitaria territoriale con cinque anni di titolarità in emergenza ed esame di idoneità sono iscritti, in tutto il SSN, nella dirigenza medica e diventano a tutti gli effetti dirigenti dell'Ausl di riferimento nell'ambito del quale ricoprono l'incarico sulla base del disposto dell'art.8 comma 1 bis del D.lg 502. del 30/12/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché del DPCM 8 Marzo 2001 e salvaguardando l'anzianità totale di servizio ed il trattamento economico raggiunto come diritti acquisiti ai sensi del DPCM 8 marzo 2001 La procedura d'inquadramento a dirigenza dovrà completarsi a cura delle Regioni entro e non oltre 1 anno solare dalla firma del presente atto.

2. I medici di cui la comma 1 che scelgono di non essere iscritti nel ruolo della dirigenza medica, mantengono il rapporto convenzionale fino all'esaurimento del numero di questi medici.

3. Per i medici che alla data di entrata in vigore del presente accordo, sono incaricati a tempo determinato, si dispone l'attivazione di procedure sequenziali di passaggio a tempo indeterminato con provvedimento del Direttore Generale , , al raggiungimento del 18esimo mese di anzianità di incarico a tempo determinato nell'emergenza e conseguimento di Master di secondo livello nel settore ed al completamento dei 5 anni di anzianità in emergenza si configura il passaggio alla dirigenza medica.

4..Per Medici operanti nel sistema Emergenza , alla data di entrata in vigore del presente accordo ,da almeno 18 mesi continuativi negli ultimi tre anni a 38 ore settimanali, privi di un contratto Convenzionato con il SSN, ma in possesso dell'idoneità in emergenza,si dispone l'equiparazione della loro attività d'incarico, certificata dall'Azienda presso cui operano a titolo libero-professionale secondo DPCM 8/3/2001, all'anzianità di incarico del Medico 118 convenzionato a tempo determinato, a cui segue quanto previsto al punto 3.

4bis. Le Regioni provvederanno ad attivare le procedure per il rilascio del giudizio di idoneità alla dirigenza e quelle per l'inquadramento nel ruolo sanitario della dirigenza.

5. La Regione che si avvale di personale medico convenzionato per l'espletamento del servizio, utilizza medici incaricati sulla base di una graduatoria regionale di settore secondo quanto disposto dall'articolo 15 del presente Accordo . Ultimate le procedure in caso di disponibilità di posti , al fine di consentire la piena operatività della rete degli operatori dell'emergenza, l'azienda/regione attribuirà gli incarichi ai medici che hanno acquisito l'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale. A tal fine i medici interessati acquisito il titolo di idoneità previsto, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento .

Sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea e dall'anzianità di laurea

6. 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.

7. Il personale Medico 118 verrà inquadrato a Dirigenza secondo quanto previsto dal CCNL dell'area Medico-Veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale vigente. Il personale Medico 118 Dipendente può continuare a lavorare nell'Emergenza Territoriale o chiedere di passare in altre aree (DEA P.S. , Centrale Operativa., Territorio compreso il distretto e ad UO di Formazione, etc).

8. Fino all'attuazione di quanto previsto all'art. 90 sarà valevole il Contratto Unico Nazionale della Convenzione per l'Emergenza Sanitaria.

ART. 92 – INDIVIDUAZIONE E ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI.

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicarsi ai fini della successiva copertura

2. Individuata la vacanza di incarico, l'Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione secondo A.C.N. 23/03/05 e successive modifiche ed integrazioni.

3. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria Territoriale, come individuati al precedente comma 1.

4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del DPR 270/2000 e dell'art. 96 del presente Accordo e secondo quanto previsto dall'art. 90 comma 6.

5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dai precedenti commi:

a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di

inserimento nella graduatoria regionale di settore, a condizione peraltro 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;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale di settore valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;

b2) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

b3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.

b4) medici operanti nel sistema di emergenza provvisti di titolo incaricati a tempo determinato non inclusi in graduatoria regionale di settore, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell' Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante (punto 4art 90).

6. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 5 lett. a) sono graduati nell'ordine di minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea.

7. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti ai medici di cui al comma 5, lettera b), gli stessi sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di settore vigente.

8. L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 5 in base alla anzianità di servizio; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b) dello stesso comma 5;

9. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 5, lettera a) è determinata sommando:

a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale;

b) l'anzianità di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, ancorché già computato nell'anzianità di cui alla lettera a).

I periodi di assenza per gravidanza, puerperio, malattia o infortunio e astensione obbligatoria sono considerati servizio effettivo ai sensi del presente comma.

10. È cancellato dalla graduatoria regionale di settore vigente il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui al precedente comma 5, lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

11. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

12. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/2 o Q/5.

13. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L". Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico.

14. 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.

15. L'Azienda provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione e conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

16. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

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

18. La Regione, sentito il comitato di cui all'art. 24 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

19. Le Regioni, previa valutazione del fabbisogno di operatori, organizzano obbligatoriamente almeno una volta all'anno i corsi specifici di idoneità all'emergenza, definendone i relativi criteri di accesso e le modalità.

20. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.

21. L'Azienda, prima della comunicazione delle zone carenti di cui al comma 2 dell' articolo 93 del presente Patto/Contratto, pubblica un bando di mobilità intraaziendale, a cui possono partecipare i medici titolari a tempo indeterminato in ET presso la stessa Azienda

ART. 93 – MASSIMALE ORARIO.

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

2. L'azienda può conferire incarichi provvisori sulla base della graduatoria di settore vigente o, se esistente, della graduatoria aziendale di disponibilità.

3. Un rappresentante per ogni organizzazione sindacale firmataria del presente accordo è membro di diritto del Comitato regionale sanitario per l'emergenza (gazzetta ufficiale n.114 del 17 maggio 96). Detta Rappresentanza è garantita in tutte le strutture dell'emergenza-urgenza in ambito aziendale, intramuraria e territoriale.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

5.. L'Azienda, per un massimo di mesi dodici può conferire incarichi provvisori ai sensi dell'art. ... comma .., per 38 ore settimanali e salvo quanto previsto all'art.90 comma 6. 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.

6. 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.

7. 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.

7-bis nelle maxiemergenze, il servizio continuativo può essere valutato in base allo stato di necessità.

8. 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 anche Dirigenti, dei turni diurni, notturni e festivi.
9. L'organico presso ciascuna postazione medicalizzata di Emergenza Territoriale deve essere di sei unità poiché i medici devono assicurare la copertura del servizio territoriale h24, nonché il servizio di reperibilità al fine di fronteggiare eventuali assenze improvvise a garanzia del servizio stesso.
10. I turni di servizio si svolgono di norma in 6 o 12 ore
11. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale sono predisposti mensilmente dal Medico Referente della singola Postazione Territoriale 118 Aziendale. Si stabilisce il criterio della rotazione di tale funzione tra i medici al presente accordo. Si precisa che in quanto attività aggiuntiva tale funzione va remunerata.
12. Per i compiti propri della funzione verrà corrisposto al Medico Referente della Postazione, un'indennità di funzione pari a euro 200 mensili lorde onnicomprensive.

ART. 94 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ.

1. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, a integrazione, nelle attività dei D.E.A./PS e aree afferenti con le collaborazioni di cui al comma 2, dell'articolo 95
2. Il medico incaricato di emergenza sanitaria opera di norma nelle sotto elencate sedi di lavoro:
 - a. Centrali operative;
 - b. Postazioni fisse o mobili, di soccorso avanzato e punti di primo intervento;
 - c. PS/D.E.A, l'eventuale collaborazione del medico convenzionato dovrà essere regolamentato previ accordi aziendali/regionali
3. 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.
4. 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.
5. Il medico incaricato di emergenza sanitaria territoriale partecipa, a pieno titolo, a progetti obiettivo regionali ed aziendali nell'area dell'urgenza-emergenza.

Art. 95- SEDI DI SERVIZIO – SICUREZZA DEL LAVORO

- a) le sedi di servizio debbono essere dotate di idonei locali per la sosta, ristoro e l'attesa dei medici **nonché** essere rispondenti alla normativa vigente sulla sicurezza del lavoro (Dlgv 81/2008).
- b) In tema di sicurezza del lavoro i medici convenzionati operanti nell'emergenza sanitaria territoriale devono essere sottoposti a controlli periodici che accertino il loro stato di salute e la loro idoneità psico-fisica all'incarico da parte del Medico Competente.

ART. 96 – COMPITI DEL MEDICO – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti retribuiti con la quota fissa oraria:
 - a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
 - b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi-emergenze e NBCR, 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. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei successivi commi del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.
3. I medici di cui al precedente comma 1 possono inoltre, sulla base di appositi accordi regionali ed aziendali :
 - a) essere impiegati in eccedenza oraria sul monte orario mensile, su base volontaria e previ accordi aziendali, presso i Pronto Soccorso/DEA, nei presidi territoriali dell'Azienda stessa. Il reclutamento dei suddetti medici, per una durata di incarico non superiore a sei mesi, rinnovabili, previo avviso aziendale, è riservato ai medici di EST presso la medesima Azienda e remunerati al pari della dirigenza medica. in base all'anzianità di servizio del medico.
 - b) essere utilizzati per attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;
 - c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio;
 - d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati.
 - e) Il medico addetto alla Centrale Operativa deve essere fisicamente presente al suo posto durante il turno di servizio
 - f) Il medico in turno di servizio assistenziale deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.
 - g) Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'art. 98
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Il medico incaricato per le attività di emergenza sanitaria territoriale può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
8. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 10.
9. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di emergenza sanitaria territoriale può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.

10. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale deve essere riservata, nella organizzazione dei corsi di formazione e aggiornamento del personale medico almeno 1/3 dei posti di docenza. I docenti saranno graduati secondo l'anzianità indeterminato di servizio totale, che comunque non deve essere inferiore ai cinque anni di titolarità a tempo

11. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale, con anzianità di servizio non inferiore a cinque anni ed iscritti all'albo regionale di animatore di formazione, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli accordi Regionali debbono essere attribuiti compiti di formazione e aggiornamento del personale medico in materia di protocolli ed indirizzi Nazionali e Regionali del Sistema di Emergenza atti a favorire l'integrazione di tutto il personale che ruota intorno al "paziente critico", dal territorio al DEA fino alla dimissione, per la specificità delle singole professionalità.

12. La copertura finanziaria per i compiti svolti dal Medico dell'Emergenza Sanitaria Territoriale al punto 3 a del presente articolo, presso il PS/DEA, è a carico dell'Azienda che li richiede.

13. L'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, anche se a tempo determinato, è incompatibile con altra attività convenzionata e/o dipendente, compreso il dottorato di ricerca.

14. Ai medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale possono essere attribuiti compiti di verifica costante della qualità delle prestazioni erogate (VRQ)

15. I medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale possono partecipare a riunioni di audit clinico organizzate periodicamente insieme ai responsabili dei dipartimenti di emergenza regionali/aziendali al fine di integrare l'attività di assistenza-cura del medico EST con l'attività dell'equipe DEA/PS. Tale attività è da intendersi come attività di formazione obbligatoria e pertanto retribuita.

16. Le Aziende che nel rispetto della rete dell'emergenza territoriale regionale apportino modifiche delle sedi di attività dei medici d'emergenza e dispongono trasferimenti d'ufficio, possono essere autorizzate ad effettuarli esclusivamente nel rispetto dei criteri generali in materia di mobilità concordandoli a livello aziendale, con i sindacati firmatari del presente accordo e comunque nel rispetto dell'anzianità d'incarico nella sede per tutti i medici incaricati.

ART. 97 - IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA.

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall'articolo precedente i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi.

2. Le Regioni formulano, 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 pubblicità sul Bollettino Ufficiale Regionale.

4. Ai corsi partecipano, i medici già incaricati nei servizi di continuità assistenziale residenti nella stessa Azienda secondo l'anzianità di incarico; in carenza di medici disponibili possono partecipare ai corsi i medici residenti da almeno un anno nell'azienda facenti parte della graduatoria aziendale, incaricati di continuità assistenziale residenti in Aziende limitrofe, secondo l'anzianità di incarico.

5. In caso di mancanza di medici disponibili alla frequenza del corso di idoneità alle attività di emergenza sanitaria territoriale tra quelli aventi diritto ai sensi del comma 4, l'Azienda può ammettere al corso un numero di medici incaricati di continuità assistenziale in ambito regionale pari ai relativi posti vacanti e secondo l'anzianità di incarico. In caso di ulteriore carenza, ai corsi partecipano i medici residenti nella stessa Azienda secondo l'ordine della graduatoria regionale.

6. Qualora, dopo aver individuato gli aventi titolo ai sensi dei commi precedenti, sussista una ulteriore disponibilità di posti, questi vengono assegnati secondo l'ordine della graduatoria regionale.

7. Il corso si conclude con un giudizio di idoneità, o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende Unità Sanitarie Locali.

8. Nell'ambito degli accordi regionali sono definiti i criteri di accesso e modalità di partecipazione al corso.

ART. 98- INIDONEITÀ AL SERVIZIO

I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda, la stessa commissione individuata per il personale dipendente, lo stato di inidoneità psico-fisica, generica e/o specifica, al lavoro o all'attività su mezzi mobili di soccorso, temporanea o permanente, acquisita per malattia o per causa di servizio, compreso lo stato di gravidanza sin dal suo inizio, è ricollocato in altra articolazione organizzativa dell'Azienda: nelle Centrali Operative, nei presidi fissi di emergenza, nei DEA/PS, nelle UO di formazione, nel Territorio compreso il distretto o in altra sede periferica da concordare.

Per lo stato di gravidanza, fin dal suo inizio, devono essere garantite tutte le attuali vigenti tutele di legge riconosciute alla dirigenza medica.

Il medico inidoneo mantiene il monte ore previsto nell'ACN ed il relativo compenso orario; qualora permanga in servizio presso C.O., P.T.E., DEA-PS o UO di formazione Territorio compreso il distretto o in altra sede periferica da concordare. Mantiene altresì le indennità previste sulla base di appositi accordi regionali ed aziendali.

La sede di lavoro, tra quelle precedentemente indicate, è concordata tra la Direzione dell'Azienda ed il sanitario, sentito il parere del Comitato Aziendale, avendo particolare riguardo alla residenza anagrafica del medico e comunque compatibilmente col suo stato di salute.

Le mansioni del sanitario sono paritetiche con quelle del personale medico in servizio presso la sede assegnata ed il medico svolge la propria attività in affiancamento al personale medico dipendente di ruolo presso la struttura.

ART. 99 – SOSTITUZIONI, INCARICHI PROVVISORI – REPERIBILITÀ

1. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio dell'Azienda la impossibilità di assicurare l'attività durante il turno previsto, qualora egli non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il responsabile della centrale operativa affinché, utilizzando la lista di cui al comma 13 provveda alla sostituzione.

2. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni previste dall'articolo 18, deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda con incarico provvisorio.

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. --, l'Azienda può conferire incarichi provvisori, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 7. L'incarico provvisorio non può essere superiore a dodici mesi. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.

5. Alla scadenza dell'incarico di cui al comma 4, un ulteriore incarico potrà essere conferito dall' Azienda ad un altro medico a seguire e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità (ex comma 12, art. 15) o, in mancanza, di quella regionale di settore, ove 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 provvisori della durata massima di mesi sei, a medici inseriti nella graduatoria regionale in possesso dell'attestato di cui all'art. 92, comma 4.
7. Gli incarichi provvisori conferiti dall'Azienda ai sensi dei precedenti commi 4 e 6, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella vigente graduatoria in possesso dell'attestato di cui all'art. 92, comma 4, e secondo l'ordine delle stesse, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.
8. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio provvede l' Azienda con le modalità di cui al precedente comma 7.
9. In presenza di eventi contingenti e non prevedibili, nelle more di attivare le procedure del conferimento dell'incarico, nei casi in cui sia necessario soddisfare le esigenze funzionali delle strutture interessate potrà essere attivata la mobilità interna d'urgenza.
La mobilità interna d'urgenza, fermo restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza, ha carattere provvisorio, essendo disposta con atto motivato e, con relativo consenso del medico dell'emergenza, del Direttore Generale, sentito il Direttore della C.O. 118 per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare salvo sempre espresso consenso del medico.
La mobilità di urgenza è effettuata a rotazione tra tutti i medici ed agli interessati, spetta l'indennità di trasferta di cui al comma successivo per tutta la durata dell'assegnazione provvisoria.
10. Al medico che presta servizio in una sede diversa, non oltre i 10 km dalla sede di nomina, spetta una indennità aggiuntiva di trasferta di 5 (cinque) euro ora di servizio, da integrare a quanto previsto dal Patto/Contratto Unico della Convenzione.
Nel caso di distanze superiori, l'indennità aggiuntiva di trasferta sarà aumentata del 100%.
11. 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, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi regionali, i turni di reperibilità dei medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale.
12. 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. Ogni medico è tenuto ad effettuare almeno 4 reperibilità domiciliari. Ogni reperibilità avrà una retribuzione pari ad 1 ora di onorario professionale secondo il presente Patto/Contratto della Convenzione. Eventuali ulteriori turni di reperibilità che si dovessero rendere necessari saranno retribuiti con una maggiorazione del 50% dell'onorario professionale. Tutte le reperibilità debbono essere retribuite al medico anche in caso di attivazione del medico in relazione a specifiche necessità
13. Ulteriori reperibilità, comprese quelle per le maxiemergenze, possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell'ambito del Servizio, previo accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.
14. 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.
15. L'Azienda Sanitaria Locale fornisce alla Centrale Operativa copia dell'elenco dei medici reperibili, comprensiva del relativo indirizzo e del recapito telefonico presso cui ciascuno può essere reperito ed i turni ad essi assegnati

ART.100- PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO - CONGEDO MATRIMONIALE

1. Gli accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 95, commi 3,4,5,6, nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle attività relative agli accordi medesimi.
3. Fatti salvi gli accordi regionali in essere, al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 30 giorni Non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a cinque volte l'impegno orario settimanale. 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.
2. Il permesso è usufruito in uno o più periodi, a richiesta dell'interessato, con un preavviso di quarantacinque giorni
3. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio.
4. Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui all'art. 84.
5. Il periodo di permesso viene fruito durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.
6. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.
7. Al medico confermato spetta un congedo matrimoniale retribuito di quindici giorni non festivi continuativi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.
8. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.
9. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, attribuite dall'Azienda temporaneamente e a garanzia della copertura del servizio, sono retribuite aggiuntivamente secondo le determinazioni previste dagli Accordi Regionali.

Art. 101 - ASSENZE NON RETRIBUITE.

1. Il medico è sospeso dall'incarico, con conservazione dello stesso, con le modalità e per i motivi di cui all'art. 18 del presente Accordo.
2. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve avanzare richiesta per l'ottenimento dei permessi di cui al presente articolo con un preavviso di almeno sette giorni.
3. Ricorrenti assenze non retribuite sono valutate per l'eventuale procedimento di cui all'art. 30 del presente Accordo.
5. 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. 102- PREMIO DI OPEROSITÀ.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato in emergenza sanitaria territoriale spetta alla cessazione dell'incarico, analogamente a quanto previsto per la Medicina dei servizi all'art 27 ACN 27.05.09, un premio di operosità nel limite di quanto già corrisposto ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 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 raggiunta al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.

3. Ciascuna mensilità, calcolata in base al compenso orario in vigore al momento della cessazione del rapporto, è ragguagliata alle ore effettive di attività svolta dal medico in ogni anno di servizio.
4. Conseguentemente ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata

Art.103 – MALATTIA – GRAVIDANZA- TUTELE

1. Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio, anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi, che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50 per cento per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza emolumenti.
2. L'Azienda può disporre controlli sanitari in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati.
3. Al medico di cui al presente articolo per malattia, gravidanza, puerperio anche in relazione al predisposto del d.lgs. 151/2001 l'Azienda versa all'Empam, con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui all'art. 98, comma 1 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi ed includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, a decorrere dal 31 dicembre 2009 l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma è pari allo 0,27% dei compensi di cui all'art.98, comma 1.
4. Per lo stato di gravidanza, fin dal suo inizio, si rimanda a quanto previsto all'art.98 del presente Patto/Accordo e devono essere garantite al medico dell'emergenza convenzionato tutte le relative vigenti tutele di legge riconosciute alla dirigenza medica
5. Viene riconosciuto al medico 118 convenzionato, il diritto all'adozione e/o all'affidamento di minori, potendosi avvalere delle tutele e dei finanziamenti previsti per la dirigenza medica nonché di avvalersi dei permessi retribuiti della LL 104/1992 art 39- Dlgs 151/2001 art. 42).

ART. 104 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. Su tutti i compensi l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 16,5% di cui 10,375% a proprio carico e il 6,125% a carico del medico. L'aliquota decorre dal 1.1.2008.
2. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'azienda i medici di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 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 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 di cui al presente articolo per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.leg. n.151/2001 l'Azienda versa all'EMPAM, con le stesse cadenze previste per il versamento previdenziale di cui al comma 3 affinché provveda in merito, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui al comma 1 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni; al fine di migliorare i trattamenti assicurativi ed includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo a decorrere dal 31 dicembre 2009 l'importo del fondo di cui al periodo precedente del presente comma è pari allo 0,72 % dei compensi di cui al comma 1.
4. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla contrattazione nazionale e successivamente regionale e locale
5. I compensi, indipendentemente dalle modalità attraverso le quali viene assicurata la continuità assistenziale, sono corrisposti dalla Azienda direttamente al medico che svolge l'attività.
6. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni compresi gli infortuni derivanti da rischio NBCR 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 in occasione dello svolgimento di attività intra-moenia ai sensi dell'art. 95 del presente Accordo. Tale Polizza per infortunio deve prevedere una diaria equivalente ad 1/30 della retribuzione mensile complessiva del medico convenzionato comprensiva degli oneri riflessi. Pertanto deve essere concordata una diaria giornaliera pari a 1/30 dello stipendio medio mensile dell'ultimo trimestre.
7. La copertura assicurativa di cui al comma 3 è estesa anche ai danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.
8. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
 - a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
 - b) 100 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi accordi regionali.
9. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Contratto Unico della Convenzione .
10. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria attività professionale di istituto. Tale Polizza deve comprendere la copertura delle spese legali. La Polizza deve risultare attiva all'inizio dell'incarico.
11. 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.

ART. 105 - COMPENSI ECONOMICI

(articolo in via di definizione)

NORME FINALI

(Articolato in via di completamento)

NORME TRANSITORIE

(Articolato in via di completamento)

DICHIARAZIONI A VERBALE

(Articolato in via di completamento)

ALLEGATI

(Articolato in via di completamento)