



**ACN PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE  
QUADRIENNIO NORMATIVO 2006-2009  
BIENNIO ECONOMICO 2006-2007  
BIENNIO ECONOMICO 2008 - 2009**

**FEDERAZIONE CISL MEDICI**

**SISAC**

Struttura interregionale sanitari convenzionati

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502  
DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI****QUADRIENNIO NORMATIVO 2006-2009, BIENNIO ECONOMICO 2006-2007**

In data 27 maggio 2009 alle ore 15.00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Franco Rossi*firmato***E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:****FIMMG***firmato***SNAMI***firmato***SMI***firmato***INTESA SINDACALE****(CISL Medici - FP CGIL Medici - SIMET - SUMAI)***firmato*

Vista la legge 23 dicembre 1978 n.833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

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

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

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

**Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006;**

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 24 luglio 2003;

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

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

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311;

**Visto l'art. 79, comma 2 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni legge 6 agosto 2008, n. 133.**

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

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI  
CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL  
D.LGS. N. 502 DEL 1992 e successive modificazioni ed integrazioni**

Il presente accordo include innovazioni, rispetto al previgente ACN 23 marzo 2005, che vengono riportate in **grassetto**. Allo scopo di agevolarne la lettura, una prima indicazione delle modifiche introdotte è riportata nel seguente indice tramite le annotazioni disposte accanto ai singoli articoli. Le clausole non modificate conservano la loro validità salvo che non risultino in contrasto con le innovazioni introdotte.

In caso di contrasto, il nuovo testo prevale sul precedente. L'eventuale contenzioso è risolto anche ai fini dell'art. 46, comma 1 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 secondo quanto previsto dalla legislazione vigente e dal presente ACN.

**INDICE**

**PARTE PRIMA**

**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 <b>(corretto)</b>
Art. 7	Ruolo e partecipazione delle organizzazioni sindacali
Art. 8	Struttura del compenso <b>(corretto)</b>
Art. 9	Aumenti contrattuali <b>(corretto)</b>
Art. 10	Disposizione contrattuale di garanzia – Osservatorio <b>(corretto)</b>
Art. 11	Entrata in vigore e durata dell'Accordo <b>(corretto)</b>

**PARTE SECONDA**

**DISCIPLINA DEL RAPPORTO CONVENZIONALE  
DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

Art. 12	Premessa
---------	----------

**CAPO I**                      **PRINCIPI GENERALI**

Art. 13	Campo di applicazione <b>(corretto)</b>
<b>Art. 13 bis</b>	<b>Compiti e Funzioni del Medico di Medicina Generale</b>
Art. 14	Contenuti demandati alla negoziazione regionale <b>(corretto)</b>
Art. 15	Graduatoria regionale <b>(corretto)</b>
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 <b>(corretto)</b>
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 (**corretto**)
- Art. 26 Equipes territoriali
- Art. 26 bis** **Aggregazione Funzionale della Medicina Generale**
- Art. 26 ter** **Requisiti e Funzioni Minime dell'Unità Complessa delle Cure Primarie**
- Art. 27 Appropriatazza delle cure e dell'uso delle risorse
- Art. 28 Articolazione del compenso
- Art. 29 Funzioni della medicina generale (**corretto**)
- Art. 30 Responsabilità convenzionali e violazioni. Collegio arbitrale (**corretto**)
- Art. 31 Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione
- Art. 32 Assistenza ai turisti

CAPO II L'ASSISTENZA PRIMARIA

- Art. 33 Rapporto ottimale (**integrato**)
- Art. 34 Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria
- Art. 35 Instaurazione del rapporto convenzionale
- Art. 36 Requisiti e apertura degli studi 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 ricusazione della scelta
- Art. 42 Revoche d'ufficio
- Art. 43 Scelta, revoca, ricusazione: effetti economici
- Art. 44 Elenchi nominativi e variazioni mensili
- Art. 45 Compiti del medico (**corretto**)
- 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
- Art. 53 Assistenza domiciliare programmata
- Art. 54 Forme associative dell'assistenza primaria
- 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 (**corretto**)
- Art. 59 bis** **Flusso Informativo**
- Art. 59 ter** **Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica**
- Art. 60 Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia (**corretto**)
- Art. 61 Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'azienda

CAPO III LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- Art. 62 Criteri generali
- Art. 63 Atribuzione degli incarichi di continuità assistenziale
- Art. 64 Rapporto ottimale
- Art. 65 Massimali
- Art. 66 Libera professione
- Art. 67 Compiti del medico (**corretto**)

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 <b>(corretto)</b>
Art. 73	Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

#### CAPO IV LA MEDICINA DEI SERVIZI

Art. 74	Campo di applicazione
Art. 75	Massimale orario e sue limitazioni.
Art. 76	Aumenti d'orario
Art. 77	Riduzione di orario degli incarichi e soppressione dei servizi
Art. 78	Compiti e doveri del medico – Libera professione <b>(corretto)</b>
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 <b>(corretto)</b>
Art. 86	Rimborso spese di accesso
Art. 87	Premio di collaborazione <b>(integrato)</b>
Art. 88	Premio di operosità <b>(integrato)</b>
Art. 89	Assicurazione contro gli infortuni derivanti dall'incarico
Art. 90	Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'Azienda

#### CAPO V 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 <b>(corretto)</b>
Art. 99	Assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico <b>(corretto)</b>
Art. 100	Inquadramento in ruolo

#### NORME FINALI

#### NORME TRANSITORIE

#### DICHIARAZIONI A VERBALE

## ALLEGATI

- All. A            **Soppresso**
- All. B            Procedure tecniche per l'applicazione del rapporto ottimale
- All. C            Regolazione dei rapporti economici tra medico titolare e sostituto di assistenza primaria nei casi di sostituzione volontaria
- All. D            Prestazioni aggiuntive
- All. E e F        **Soppressi**
- All. G            Assistenza domiciliare programmata nei confronti dei soggetti non ambulabili
- All. H            Assistenza domiciliare integrata
- All. I e L        **Soppressi**
- All. M e N       **Soppressi**
- All. O            Regolamento elettorale elezione dei componenti elettivi della medicina generale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali
- All. P            Schema di linee guida per i corsi di idoneità all'emergenza sanitaria
- All. Q e R       **Soppressi**

## **PARTE PRIMA**

### **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 Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sostenibilità economica del S.S.N. a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie, erogate da medici di medicina generale in collaborazione con altre figure professionali, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio – sanitario.

3. Il nuovo quadro istituzionale, con Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, che modifica il Titolo V della Costituzione, ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato. Il rinnovo dell' Accordo Collettivo Nazionale deve riuscire a coniugare il nuovo quadro istituzionale con il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

4. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con il D.P.R. 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed autonomie locali del 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978, pone il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle prestazioni.

5. Particolare attenzione va riservata alla tematica della tutela della salute dei soggetti fragili, del bambino, dell'adolescente, dell'anziano e dei soggetti affetti da patologie croniche degenerative, condizione che presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.



6. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute. Le innovazioni necessarie, devono puntare ad adeguare il sistema stesso a rispondere in modo appropriato ed integrato alla domanda di sanità dei cittadini. La convenzione con il singolo medico tutela e valorizza il rapporto fiduciario medico - paziente.

7. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali in relazione al quadro normativo vigente, riconoscono che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi etici e ritengono improrogabile avviare una forte innovazione nella organizzazione e nella gestione del Sistema Sanitario attuando quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale in ordine al nuovo ruolo del territorio. È necessario, pertanto, pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero.

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

## **ART. 2 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.**

---

1. L'Accordo collettivo nazionale si caratterizza appieno quale momento organizzativo del sistema e strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori. Le novità normative introdotte nel quadro istituzionale, sono destinate a mutare in modo importante i contenuti dei tre livelli di negoziazione: nazionale, regionale, aziendale.

2. Il livello di negoziazione nazionale individua:

- a) le garanzie per i cittadini;
- b) il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
- c) i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
- d) la compatibilità economica;
- e) la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'Accordo collettivo nazionale.

3. Il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.

4. Il livello negoziale aziendale definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

### **ART. 3 – NEGOZIAZIONE NAZIONALE.**

---

Le Regioni e le Organizzazioni sindacali concordano, con la stesura del presente Accordo, che il livello di negoziazione nazionale, qui rappresentato, definisce:

- a) natura, modalità e costituzione del rapporto di Convenzione;
- b) incompatibilità;
- c) requisiti per il mantenimento del rapporto di convenzione;
- d) definizione del rapporto ottimale e dei massimali di scelta anche in relazione ai modelli associativi;
- e) ridefinizione del ruolo, delle funzioni e dei compiti dei medici di medicina generale in relazione alla garanzia del livello essenziale di assistenza delle cure primarie, caratterizzando le attività e le prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative dovute agli assistiti sia sani, sia con patologie acute e croniche, nei diversi ambiti assistenziali, nonché la promozione dei processi di presa in carico dell'utente a livello territoriale con la continuità dell'assistenza;
- f) 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 al venir meno del rapporto di convenzione;
- h) avvio di un processo condiviso di determinazione di percorsi e linee guida per l'efficacia e l'appropriatezza, con il concorso dei soggetti istituzionali e delle parti sociali, al fine di garantire nell'ambito delle funzioni di continuità dell'assistenza e presa in carico, cittadini e operatori. I percorsi e le linee guida approvati e definiti verranno portati a conoscenza degli operatori e dei cittadini a cura delle Regioni;
- i) area funzionale e giuridica dell'emergenza e della medicina dei servizi, favorendo la loro piena integrazione nell'area delle cure primarie;
- j) criteri e modalità per la regolamentazione dell'accesso, in relazione alle normative vigenti;
- k) criteri della rappresentatività sindacale nazionale, regionale ed aziendale;
- l) funzioni ed obiettivi delle forme associative della medicina generale e dei loro elementi costitutivi fondamentali;
- m) criteri generali nella gestione della formazione, nei suoi ambiti principali;
- n) entrata in vigore e la durata dell'Accordo nazionale;
- o) struttura del compenso;
- p) cornice generale degli Accordi regionali, con la individuazione degli ambiti della contrattazione.

#### **ART. 4 – NEGOZIAZIONE REGIONALE.**

---

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici:

- a) le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali, con le modalità previste dall'articolo precedente;
- b) l'attuazione di quanto indicato dall'art. 6;
- c) l'organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici con il supporto delle professionalità sanitarie e la realizzazione della continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- d) l'organizzazione dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi;
- e) le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo;
- f) la modalità di partecipazione dei medici di medicina generale nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
- g) i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori – strutture associate – Distretti - Aziende Sanitarie – Regione;
- h) l'organizzazione della formazione di base, della formazione specifica, della formazione continua e dell'aggiornamento;
- i) gli organismi di partecipazione e rappresentanza dei Medici di medicina generale a livello regionale;
- j) l'attuazione dell'art. 8 comma 2, lettere b, c ed e.

## **ART. 5 – OBIETTIVI DI CARATTERE GENERALE.**

---

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

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

## **ART. 6 – STRUMENTI.**

---

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

- a) realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. Ciò consentirà al territorio, di soddisfare, nella misura massima possibile, la domanda di salute a partire dal primo intervento perseguendo anche l'obiettivo di ricondurre le liste di attesa entro tempi accettabili;
- a1) applicazione degli strumenti di cui agli articoli 26 bis, 26 ter, 59 bis e 59 ter, dal momento che gli stessi possono sostenere nel modo più efficace il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel presente Accordo;**
- b) **(soppresso)**
- c) **(soppresso)**
- d) **(soppresso)**
- e) **(soppresso)**
- f) le Regioni e le Organizzazioni sindacali, concordano sulla esigenza che sia perseguito, anche tramite gli accordi regionali, un adeguato percorso formativo nella fase di formazione pre-laurea e pre-abilitazione, della formazione specifica, e della formazione continua;
- g) dovranno essere definiti anche percorsi formativi comuni tra medici e professionisti sanitari che operano nel territorio e medici e professionisti sanitari che operano in ospedale. Tali percorsi dovranno essere mirati all'acquisizione di strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.

## **ART. 7 – RUOLO E PARTECIPAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI.**

---

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

## **ART. 8 – STRUTTURA DEL COMPENSO.**

---

1. 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 sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad automatismi e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali.

2. Concorrono alla costituzione del compenso dei medici di cui al presente Accordo:

- a) quota capitaria ponderata per assistito e/o quote orarie;
- b) incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza;
- c) quota per servizi e prestazioni aggiuntive, per medico singolo o per gruppi, calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione;
- d) aumento previsto per rinnovo nella misura di cui al successivo articolo 9;
- e) incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni e ospedale – territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali per l'assistenza primaria.

3. Nel rispetto di quanto indicato ai commi 1 e 2, le Regioni e le Organizzazioni sindacali concordano di determinare l'entità del compenso per assistibile pesato definendone caratteristiche e tipologie secondo i seguenti criteri:

- A. Le quote b) e c) del comma 2 potranno contenere fino al 30% del totale degli attuali compensi e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote saranno ulteriormente integrate con le risorse eventualmente derivate dalle fattispecie di cui al precedente punto e).  
La quota a) del comma 2 potrà rappresentare un livello percentuale del totale degli attuali compensi inversamente corrispondente a quello di cui alla precedente lettera A.
- B. **(soppresso)**

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



**ART. 9 – AUMENTI CONTRATTUALI.**

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia, fissano un aumento, per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi), da erogarsi al lordo di ogni ritenuta o contribuzione e distribuite come indicato nel modo che segue:

**Medici di Assistenza Primaria****TABELLA A – Arretrati 2006 - 2007**

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2006	0,25
arretrati 2007	2,84

**TABELLA B – Incrementi 2008**

Decorrenza	quota capitaria	Rif. art. ACN
dal 1.1.2008	€ 1,43	Art. 59, lett. A, comma 1
dal 1.1.2008	€ 4,80	Art. 59, lett. A, comma 9
dal 1.1.2008	€ 0,87	Art. 59, lett. A, comma 10

**Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale****TABELLA C – Arretrati 2006 - 2007**

Anno	€/per ora
arretrati 2006	0,08
arretrati 2007	0,91

**TABELLA D – Incrementi 2008**

Decorrenza	quota oraria	Rif. art. ACN
dal 1.1.2008	€ 1,19	Art. 72, comma 1 e 98, comma 1

**Medici di Medicina dei Servizi**

**TABELLA E - Arretrati 2006 - 2007**

<b>Anno</b>	<b>€/per ora</b>
<b>arretrati 2006</b>	<b>0,08</b>
<b>arretrati 2007</b>	<b>0,91</b>

**TABELLA F - Incrementi 2008**

<b>Decorrenza</b>	<b>quota oraria</b>	<b>Rif. art. ACN</b>
<b>dal 1.1.2008</b>	<b>€ 0,99</b>	<b>Artt. 85, comma 1</b>

**ART. 10 – DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA.**

---

1. **(soppresso)**
2. **(soppresso)**
3. **(soppresso)**
4. Al fine di acquisire le necessarie conoscenze in ordine all'andamento di attuazione degli accordi regionali ed aziendali, nonché all'esigenza di monitorare i relativi dati economici e di attuazione di particolari e definiti istituti contrattuali, è istituito, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, l'osservatorio consultivo permanente nazionale presso la SISAC, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali, la cui composizione ed i relativi compiti saranno definiti con successivo accordo tra le parti.

**ART. 11 – ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL'ACCORDO.**

---

1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza Stato-Regioni, **copre il biennio economico 2006-2007, scade il 31 dicembre 2009 per la parte normativa e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.**

## **PARTE SECONDA**

### **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 e più funzionale strutturazione del rapporto convenzionale in particolare negli articolati di settore. È necessario cioè coordinare e rendere sequenziale la normativa di ogni specifica categoria con gli obiettivi e i contenuti generali e comuni a tutte le categorie che operano nel territorio sia pure con la necessaria gradualità. La stesura dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale è finalizzata ad attrezzare meglio il rapporto Regioni - Categorie Mediche che operano nel territorio, con l'obiettivo di avviare un processo di innovazione in grado di rispondere in modo più adeguato alle esigenze dei cittadini, a rivalutare il ruolo degli operatori e consolidare in modo significativo il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nel nostro Paese.

2. Nel presente Accordo si riconosce la caratterizzazione della Medicina Generale italiana secondo i principi espressi dalla Definizione Europea di Medicina Generale/di Famiglia data da WONCA Europa (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia) nel 2002. Il valore di tale Definizione si colloca nell'ambito culturale, scientifico, professionale e della formazione specifica, ed è finalizzato alla necessità di riconoscere alla Medicina Generale italiana ruolo, identità e responsabilità che ne favoriscano una ulteriore crescita qualitativa e uno sviluppo coerente con la comunità scientifico-professionale europea alla quale appartiene. Pertanto i medici di medicina generale sono specialisti formati ai principi della disciplina, sulla base delle caratteristiche di seguito elencate che ne definiscono le peculiarità professionali:

- 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.

### **ART. 13 – CAMPO DI APPLICAZIONE.**

---

1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale 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 ed organizzativo** il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali, tra i medici di medicina generale e le Aziende sanitarie locali, per lo svolgimento, nell'ambito **e nell'interesse** del SSN, 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 DI MEDICINA GENERALE.**

---

**1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico, 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 il miglior impiego possibile delle risorse.

**2. Le funzioni ed i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del medico.**

**3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale di cui all'art. 26 bis e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dall'art. 26 ter, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.**

**4. 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.**

**5. Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tessera 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 messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.**

**6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.**



## **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 realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

2. In armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo, e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, sono demandati alla trattativa regionale, sulla base degli indirizzi generali individuati nel presente Accordo, oltre agli specifici singoli richiami, i seguenti articoli ed Allegati ai fini della loro riorganizzazione e definizione:

### Capo I:

- Art. 23 – Comitato Aziendale;
- Art. 24 – Comitato Regionale;
- Art. 25 – Programmazione e monitoraggio delle attività;
- Art. 26 – Equipages territoriali;
- Art. 27 – Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse;
- Art. 32 – Assistenza ai turisti;

### Capo II:

- Art. 34 – Copertura degli ambiti territoriali 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;

### Capo III:

- Art. 70 – Sostituzioni ed incarichi provvisori;
- Art. 71 – Organizzazione della reperibilità;

### Capo IV:

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

### Capo V:

- Art. 92 – Individuazione e attribuzione degli incarichi;
- Art. 93 – Massimale orario;
- Art. 95 – Compiti del medico – Libera professione;
- Art. 97 – Sostituzioni, Incarichi provvisori – Reperibilità;

Allegato: G – Assistenza domiciliare programmata;

Allegato: H – Assistenza domiciliare integrata.

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

- a) in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
  - b) in forma associativa complessa e integrata;
  - b1) nelle forme previste dagli artt. 26 bis e 26 ter;**
  - c) per il rispetto di livelli di spesa programmati.
4. Gli accordi regionali possono prevedere:
- A) l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, per:
    - a) interventi sanitari relativi all'età anziana, a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività;
    - b) assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali;
    - c) processi assistenziali riguardanti patologie sociali;
    - d) assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale;
    - e) sperimentazione di iniziative di telemedicina;
    - f) partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale;
    - g) 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;
    - 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.
  - C) **fatto salvo quanto previsto dagli art. 59 bis e 59 ter**, lo svolgimento 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.**
    - c) **(soppresso)**
    - d) **(soppresso)**
5. **(soppresso)**
- a) **(soppresso)**
  - b) **(soppresso)**
  - c) **(soppresso)**
  - d) **(soppresso)**
6. 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.

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.

7. 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, anche in forma associata.

Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale può essere prevista la fornitura di personale, locali e attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui alla alinea precedente.

Anche ai fini della ristrutturazione del compenso del medico, le parti possono concordare l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sull'assegnazione a gruppi di medici di budget virtuali o reali.

8. 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.

9. Nell'ambito degli accordi regionali possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale.

## **ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE.**

---

1. I medici da incaricare per l'espletamento delle attività di settore disciplinate dal presente accordo sono tratti da graduatorie per titoli, una per ciascuna delle attività di cui all'art. 13 (graduatorie di settore), predisposte annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione delle graduatorie. Gli Accordi regionali possono inoltre prevedere la formulazione di una graduatoria unica regionale per tutte le attività 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 comunque per la copertura degli incarichi rilevati come vacanti nel corso dell'anno di validità delle graduatorie di settore medesime. La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, ed è valida fino a revoca da parte del medico, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli, aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati, sulla base dell'Allegato A1 del presente Accordo. Annualmente, sulla base delle domande presentate e delle domande integrative, viene predisposta la graduatoria regionale relativa all'anno in corso, con modalità operative definite nell'ambito degli accordi regionali.

2. Il rapporto di lavoro di cui al presente Accordo può essere instaurato da parte delle aziende solo con i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277.

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 dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277.

4. Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria annuale di settore i medici devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla sanità della Regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda unica conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente. La domanda è unica ed in essa è indicata la richiesta di inclusione da parte del medico in una o più graduatorie di settore.

5. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo 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 di settore dell'anno precedente deve presentare, per l'anno in corso, con la domanda integrativa di cui all'Allegato A1, l'autocertificazione della iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.

7. **(soppresso)**

8. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 16, predispone una graduatoria regionale di settore per ciascuna delle attività disciplinate dal presente Accordo e indicate all'art. 13, da valere per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito, la residenza ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui ai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277.

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

10. Le graduatorie regionali di settore sono approvate e pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla sanità.

11. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui al presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

12. Le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi Regionali che modifichino le procedure previste dal presente Accordo in materia di attribuzione degli incarichi provvisori, possono predisporre graduatorie per la disponibilità alla copertura degli incarichi vacanti da parte dei medici inseriti nella graduatoria regionale di settore relativa o, in carenza, ove necessario, da parte dei medici in possesso dei requisiti previsti dal presente articolo.

## **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 lode o 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 e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 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) 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.

h) 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

i) 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

l) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo per ogni mese di attività: p. 0,20

m) 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

n) 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, 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:

a) una percentuale variabile dal 60% al 80 % a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/2003;

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

8. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva di aspiranti.

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:

- a) sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, a eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14 giugno 1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12 agosto 1993, n. 296;
- b) eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- c) svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato;
- d) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati;
- e) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art.8, comma 1, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. È, inoltre, incompatibile il medico che:

- a) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta o di attività oraria, 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;
- b) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- c) operi, a qualsiasi titolo, salvo diversi accordi regionali, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate; tale incompatibilità opera nei confronti dei medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali ma solo nei confronti dei propri assistiti, e determina le conseguenti limitazioni del massimale;
- d) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni;
- e) 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 e) 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, dopo **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, universitaria, complementare e continua, riguarda la crescita culturale e professionale del medico e le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatici regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.
2. Le Regioni, promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza Stato-Regioni sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.
3. Le Regioni possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e per le parti di rispettiva competenza, attività formative del Medico di Medicina Generale, nelle seguenti aree:
  - a) insegnamento universitario di base pre-laurea
  - b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
  - c) formazione specifica in Medicina Generale
  - d) Aggiornamento e audit
  - e) Ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.
4. Le regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici di medicina generale che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo per garantirne coerenza ed efficienza. A tal fine le Regioni, sulla base degli accordi regionali, assicurano l'attività formativa e di ricerca dei medici di medicina generale mediante adeguati modelli organizzativi, e possono altresì dotarsi di appositi Centri Formativi Regionali, con l'obiettivo di:
  - a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
  - b) formare e/o accreditare i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor);
  - c) garantire la formazione specifica in medicina generale;
  - d) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Medicina generale;
  - e) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai medici di medicina generale.
5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per 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 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 incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni.

7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo 229/99, al medico di medicina generale che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale è attivato il procedimento disciplinare di cui all'art. 30.

8. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale e, orientativamente, i temi della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:

- a) ad obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria;
- b) ad obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti deontologici e legali;
- c) all'integrazione tra Territorio ed Ospedale.

9. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 8, le Aziende garantiscono ai medici la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli Accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.

10. Il medico che non frequenta i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure di cui all'art. 30 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

11. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento.

12. I corsi obbligatori, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello aziendale, si svolgono il sabato mattina per almeno 10 sabati e per almeno 40 ore annue; tale attività rientra nei compiti retribuiti. L'Azienda, con oneri a proprio carico, adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità dell'assistenza durante le ore di aggiornamento, anche con il pagamento della sostituzione da parte dell'azienda medesima.

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 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, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni.

15. Gli Accordi regionali definiscono:



- a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici di medicina generale;
  - b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina generale;
  - c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;
  - d) i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco;
  - e) le modalità e i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accREDITamento di cui all'art. 16-ter, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni;
  - f) le attività di sperimentazione e ricerca.
16. Le attività didattiche indicate al comma precedente non comportano riduzione del massimale individuale.

## **ART. 21 – DIRITTI SINDACALI.**

---

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente accordo e da normative nazionali, regionali o aziendali, è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli Accordi Regionali e le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della pubblica amministrazione.
2. Tale onere è a carico della Azienda di iscrizione del medico.
3. I rappresentanti nazionali, regionali e provinciali dei sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi, i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i medici eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale possono avvalersi, con oneri a loro carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici con compenso orario. Detto compenso, onnicomprensivo, non può essere inferiore 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 dell'orario assegnato a ciascuno.
6. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del comma 5 comunica alla propria Azienda il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari 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. Tale attività non si configura come rapporto di lavoro continuativo. Il compenso è direttamente liquidato dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.
7. Nel caso di medico convenzionato a rapporto orario l'Azienda provvede al pagamento del medico di cui al comma 5 sulla base del suo orario di incarico.

## **ART. 22 - RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE.**

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della "maggiore rappresentatività", ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sottolineata la necessità di garantire il più alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni e Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.
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 maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
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 per i sindacati avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in c/c intestato ai tesoriери dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.
9. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.
10. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività cui al comma 6 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi regionali.
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 resti invariata.

## **ART. 23 – COMITATO AZIENDALE.**

---

1. In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, è costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale. I compiti e le modalità di funzionamento del comitato sono definite dagli Accordi regionali.
2. 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.
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 ricusazioni di cui all'art. 41, comma 4;
  - 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 degli ambiti 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 altro incarico attribuitogli dal presente accordo 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 programmate territoriali.
6. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato aziendale.

## **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 maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 22.
2. 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.
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.
4. L'attività del comitato permanente è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'accordo nazionale e degli accordi regionali ed è sede di osservazione degli accordi aziendali.
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, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtù della autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda, il "Programma delle attività Territoriali" nel rispetto delle normative regionali, prevede:

- a) le attività di medicina generale previste dal decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3-quinquies e dal piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R. del 23 luglio 1998 – cioè assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi – e il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria di finanziamento erogata alla Azienda dalla Regione;
- b) altre attività territoriali pertinenti la medicina generale e attività intersettoriali, cui partecipa la medicina generale, definite dagli Accordi Regionali e Aziendali, con la indicazione dello specifico finanziamento.

2. 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;
- b) prestazioni aggiuntive dei medici di medicina generale, **incluse** quelle informatiche, **non ricomprese agli artt. 59 bis e 59 ter** di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;
- c) servizi di supporto alla attività dei medici di medicina generale, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
- d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;
- e) progetti obiettivo nazionali, regionali e aziendali;
- f) progetti a livello di spesa programmato;
- g) forme associative nelle condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica;
- h) **(soppresso)**
- i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici e assistenziali;
- j) conferenze di consenso nell'ambito del Distretto;
- k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio **fino all'attivazione delle Unità Complesse di cui all'art. 26 ter**;
- l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

3. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 è assicurato dalla Azienda, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:

- a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la medicina generale non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli accordi regionali e aziendali;
- b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai medici di medicina generale;
- c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la medicina generale;

- d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del medico nella Azienda stessa o in altra Azienda.
4. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, pur nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersettorialità del “Programma delle attività distrettuali”, il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la medicina generale, da un medico di medicina generale membro di diritto dell’Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto.
5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:
- a) l’andamento, per la parte concernente la medicina generale e indicata ai commi 2 e 3, dell’attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;
- b) l’appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all’applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell’AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.
6. I soggetti di cui al comma 4 assumono iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l’applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell’ art. 14, comma 6.
7. Le Aziende assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all’attuazione di quanto previsto dal presente articolo.
8. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione di quanto previsto dal presente articolo, secondo il disposto dell’art. 14.



## **ART. 26 – EQUIPES TERRITORIALI ED UTAP.**

---

1. Le Regioni e le Aziende, attraverso la istituzione di équipes territoriali, realizzano forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

2. In coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 le Regioni prevedono, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di assistenza primaria (UTAP), strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

3. L'équipe territoriale è:

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

4. 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.

5. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale e dell'UTAP, intesa come organismo operativo distrettuale, viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operatività delle stesse per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività distrettuali", che comprende oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali e aziendali.

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

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

- a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
- b) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- c) tutela dei disabili e anziani;
- d) patologie in fase terminale;

- e) patologie da HIV;
- f) tutela della salute mentale;
- g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

8. L'attività interdisciplinare e integrata dell'equipe territoriale si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la predisposizione di un programma di lavoro:

- a) finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali e appropriati di assistenza, e da specifici programmi e progetti assistenziali;
- b) proposto dagli operatori interessati o dal Direttore del distretto;
- c) concordato tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del distretto;
- d) che indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
- e) la possibilità di operare modifiche durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti.

**ART. 26 BIS – AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE DELLA MEDICINA GENERALE.**

- 1. Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.**
- 2. I medici di medicina generale partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.**
- 3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:**
  - riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;
  - popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.
- 4. Nell'ambito dell'aggregazione di cui al presente articolo è individuato un delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale.**
- 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 nonché la scelta del delegato di cui al comma 4.**
- 6. I medici aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:**
  - promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
  - promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
  - promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
  - promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.
- 7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:**
  - l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
  - la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;

- **la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale e con le finalità di cui al comma 6.**

**ART 26 TER - REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL'UNITÀ COMPLESSA DELLE CURE PRIMARIE.**

---

1. Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell'unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.

3. L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
  - sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
  - contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.

## **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 in ragione della programmazione regionale;
  - b) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali;
  - c) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità 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 maggiormente ne possono trarre beneficio.
2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.
3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della AIFA, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si applicano le procedure e i principi di cui ai successivi commi.
4. 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.
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 all'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, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda.
6. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
  - a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
  - b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.
7. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

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



## **ART. 28 – ARTICOLAZIONE DEL COMPENSO.**

---

1. Ai sensi dell'art. 8 comma 1, lettera d), del D.L.vo 502/92 come successivamente modificato ed integrato, la struttura del compenso del medico di medicina generale così si articola:

- a) Quota fissa oraria – in relazione a quanto previsto dai rispettivi Capi del presente Accordo – o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente accordo;
- b) Una quota variabile in funzione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui all'art. 8, comma 1, lett. f) del decreto legislativo sopra richiamato;
- c) Una quota variabile in funzione delle prestazioni e delle attività previste nel presente accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) sopra richiamata.

2. Le modalità di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite, nel rispetto dei principi generali di cui al presente articolo, dai successivi artt. 59, 72, 85 e 98, e, per quanto di competenza, dagli Accordi Regionali e Aziendali.

## **ART. 29 – FUNZIONI DELLA MEDICINA GENERALE.**

---

1. Il ruolo della Medicina Generale nel sistema sanitario è orientato:
  - a) al superamento della logica dell'intervento rivolto alla erogazione della singola prestazione a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino attraverso un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema;
  - b) alla valorizzazione delle cure primarie e al coinvolgimento decisionale del Medico di medicina generale in ordine all'appropriatezza e all'efficacia della pratica professionale e nelle scelte in merito all'allocazione delle risorse;
  - c) 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 ed 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. Lo sviluppo condiviso di forme associative, la qualificazione di standard strutturali ed operativi, il raggiungimento di obiettivi favoriscono lo svolgimento delle funzioni e dei compiti affidati al medico di medicina generale e migliorano 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 da sottoporre alla contrattazione, nell'ambito degli accordi regionali e aziendali.
4. I medici singoli ed associati fanno parte di centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per partecipare 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 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.
8. **(soppresso)**
  - a) **(soppresso)**
  - b) **(soppresso)**
  - c) **(soppresso)**

## **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.
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:
  - a) 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;
  - b) 3 componenti di parte pubblica nominati dall'Assessore Regionale alla Sanità o organo competente;
  - c) 3 componenti di parte medica, di cui 2 designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, tra i medici di medicina generale della Regione ed 1 designato dall'Ordine dei Medici del capoluogo di Regione con funzione di vicepresidente.
3. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario regionale.
4. Le violazioni di natura occasionale danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:
  - a) richiamo verbale;
  - b) 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 addotte dallo stesso e sentito l'**Ufficio di Coordinamento**, 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:
  - a) 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;
  - b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
  - c) revoca 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 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 addotte 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 4 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 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 delle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 10 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero già indetto, le organizzazioni sindacali devono darne tempestiva comunicazione.

2. La proclamazione di scioperi relativi a vertenze sindacali, deve essere comunicata ai soggetti istituzionalmente preposti ai rispettivi livelli nazionale, regionale, aziendale.

3. Sono prestazioni indispensabili di assistenza primaria, ai sensi della legge n. 146/1990, come modificata ed integrata dalla legge n. 83/00 e successive modificazioni e integrazioni: le visite domiciliari urgenti, l'assistenza domiciliare integrata, le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.

4. Nel campo della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale, oltre a quelle previste dal precedente comma 1 per quanto di competenza, sono prestazioni indispensabili gli interventi di cui agli artt. 67 e 95, limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici. Nel campo della medicina dei servizi territoriali, sono prestazioni indispensabili quelle di cui all'art. 78, comma 12.

5. Le prestazioni di cui ai commi 3 e 4, in caso di sciopero della categoria dei medici di medicina generale convenzionati, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui ai rispettivi Capi del presente Accordo e fino all'entrata in vigore degli Accordi regionali.

6. Il medico convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale.

7. L'adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale. Sono fatte salve modalità diverse concordate a livello regionale, al fine di garantire ai cittadini i servizi essenziali e le prestazioni urgenti.

8. I medici di medicina generale che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 30.

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

- nel mese di agosto;
- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;

- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

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

11. In conformità agli accordi di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli scioperi dei medici di continuità assistenziale, di medicina dei servizi territoriali e di emergenza sanitaria territoriale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile.

12. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente agli addetti della continuità assistenziale, della medicina dei servizi territoriali e dell'emergenza sanitaria, con apposite intese a livello regionale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui al comma 4, nonché per la loro distribuzione territoriale.

13. Per l'area dell'assistenza primaria, l'individuazione del contingente di medici si realizza nell'ambito delle sperimentazioni regionali di strutture operative composte, con sede unica, ai sensi dell'art. 6.

14. Per la effettuazione delle prestazioni professionali indispensabili, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuto ai medici di medicina generale una percentuale del compenso previsto per essi dai rispettivi Capi del presente Accordo, percentuale da definirsi in sede di Accordo Regionale.

15. È fatto divieto, al medico in sciopero, di richiedere compensi ai cittadini per la effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui ai commi 3 e 4.

16. La comunicazione di cui al comma 6 non è dovuta, da parte dei medici iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:

- a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente Accordo;
- b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

17. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

18. La trattenuta dei compensi di cui ai commi 7 e 17 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

**19. Il medico iscritto a un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 6.**



## **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. È 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 ambiti comunali, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78.
3. Le Regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti. L'ambito di scelta deve essere di norma intradistrettuale, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area e dello 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 ambiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 1, 2 e 3.
5. L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 7.000 abitanti anagraficamente residenti. Per motivi geografici, di viabilità, di distanza tra comuni, di difficile percorrenza delle vie di comunicazione, di parcellizzazione degli insediamenti abitativi o per altre valide condizioni, le Regioni possono individuare ambiti territoriali con popolazione inferiore a 7.000 unità ma comunque mai inferiore a 5.000.
6. Nei comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel comune, sulla base dei parametri di cui al comma 9.
7. La determinazione del numero dei medici iscrivibili in comuni comprendenti più Aziende, viene determinata sommando i medici iscrivibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale sulla base della propria popolazione di riferimento. Eventuali frazioni di popolazione di ciascuna Azienda, inferiori a 500 abitanti, possono concorrere, sommandosi, alla determinazione di carenza di medici nell'intero ambito comunale, da dichiararsi da parte della o delle Aziende con il resto più elevato.
8. Il medico operante in un comune comprendente più Aziende, fermo restando che può essere iscritto nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte in tutto l'ambito 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 ciascun ambito territoriale può essere iscritto solamente un medico ogni 1000 abitanti residenti o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. **Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria e per l'intero territorio regionale un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque fino ad un aumento massimo del 30%.**

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 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 della determinazione dei medici iscrivibili nell'elenco, l'Azienda, utilizzando l'elenco di cui all'art. 44 comma 5, scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 9) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito territoriale, abbiano effettuato la scelta del medico in altro ambito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

12. In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui ai commi 2 e 3, in tutte le circoscrizioni e nelle zone con oltre 500 abitanti di ambiti territoriali dichiarati carenti ai sensi dell'art. 34 comma 1, sentito il Comitato Aziendale deve esser comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente, nell'ordine di inserimento, degli ultimi medici inseriti.

13. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

14. In caso di modifiche di ambito territoriale il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, fatti salvi il rispetto dei massimali o quote individuali e il diritto di scelta degli assistiti.

15. Fatto salvo quanto previsto al comma 9, nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale.

## **ART. 34 – COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.**

1. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria individuati, 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 negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:

a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra Regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e da almeno 4 anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale generale o, se presente, di settore valida per l'anno in corso.

3. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i medici di cui al comma 2 lett. b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15;

b) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;

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

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

5. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 2 sono ulteriormente graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed 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 degli ambiti territoriali 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 un ambito territoriale 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. 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.

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

12. La indicazione di cui al comma 11 costituisce vincolo alla apertura di uno studio di assistenza primaria nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l'Azienda, nel pubblicare gli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

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 uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati, 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 gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali egli ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato.
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 l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.

## **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 nell'ambito territoriale 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;
  - richiedere il trasferimento della residenza o eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
  - 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.
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 dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto, 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 superiore 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 del medesimo ambito territoriale e nel caso di variazione di ubicazione dello studio convenzionato per l'assistenza primaria in altro locale all'interno del medesimo ambito territoriale.

11. Al fine di favorire l'inserimento di medici negli ambiti territoriali carenti, con particolare riguardo a quelli disagiati, la Azienda può, su richiesta del medico, consentire la utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, dell'ambulatorio pubblico, sono oggetto di apposite determinazioni da concordarsi nell'ambito degli Accordi Regionali.

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, la residenza o il domicilio in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del comitato di cui all'art. 23 del presente Accordo e 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, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza primaria nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui elenco il medico è iscritto.

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 STUDI MEDICI.**

1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio cui all'art. 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 o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad 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 nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema 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 in regime di accreditamento con contratto tra medici di cure primarie, operanti in forma associata, ASL e aziende erogatrici pubbliche e/o private accreditate del medesimo ambito territoriale. La sperimentazione è finalizzata alla integrazione dei vari attori responsabili del governo clinico del soggetto. Lo strumento primario di integrazione riguarda la definizione e l'utilizzo di linee guida diagnostico terapeutiche condivise. Gli accordi specifici devono far riferimento ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, necessari al funzionamento delle unità di offerta sperimentali, e derivanti dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazione ed accreditamento.

## **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 sostituito, 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. Il medico sostituito deve inoltre dichiaratamente garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del medico sostituito.
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 sostituito 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. 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.

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 sostituto, 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 regionale di settore o, se esistente, alla graduatoria di disponibilità di cui all'art. 15, comma 12 del presente Accordo, un incarico temporaneo.
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 di settore o, se esistente, della graduatoria di disponibilità, 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 dell'ambito territoriale non supera le 300 unità. In tal caso si applica il disposto dell'articolo 39, comma 3.
5. 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.
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, ed usualmente utilizzata, nell'ambito territoriale relativo.
7. Qualora in un ambito territoriale si determinino le condizioni previste al comma 1, l'Azienda è tenuta ad informare, entro 20 giorni dall'evento, i cittadini interessati dalla carenza di assistenza della necessità di procedere ad una nuova scelta del medico tra tutti quelli incaricati nell'ambito territoriale interessato, anche attraverso annunci sui quotidiani, manifesti nei comuni e negli altri luoghi pubblici e, ove ritenuto opportuno, mediante comunicazione diretta agli assistiti.

## **ART. 39 – MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI.**

---

1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari o inferiori a 1.500 unità, secondo quanto previsto per le singole fattispecie definite dal presente articolo.
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 dà 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. 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.



10. L'Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato 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 proprio dell'ambito territoriale 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 ostacolino 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. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b), D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
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. Il medico di assistenza primaria può comunicare all'azienda l'avvenuto decesso del proprio assistito del quale egli abbia certificato la morte, salvo verifica presso l'anagrafe comunale di residenza dell'assistito deceduto, ai fini della cancellazione della relativa scelta e di una sollecita operazione di aggiornamento degli elenchi 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 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 ed al cittadino interessati tempestivamente e comunque entro 3 mesi dall'evento.

8. Nel caso di trasferimento di residenza in comuni di ambiti territoriali diversi 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. Nel caso in cui l'ambito comunale sia comprensivo di più Aziende si intende per Azienda limitrofa il medesimo ambito comunale.

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 revocche 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, qualora sia realizzabile in base alla possibilità di utilizzo di 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. 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. I dati di cui ai commi 1 e 2 possono essere forniti su supporto magnetico, a richiesta del medico e senza alcun onere a suo carico.
5. Le Aziende istituiscono un elenco separato delle scelte operate dai cittadini in favore di medici convenzionati in ambiti territoriali della stessa Azienda diversi da quello di residenza dell'assistito, ai sensi dell' art. 40 comma 10, del presente Accordo.
6. Tale elenco è utilizzato ai fini della determinazione del rapporto ottimale e della individuazione della carenza di medici, 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 programmata e integrata: assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati "G" e "H";
  - 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:
  - 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, 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;
  - b1) l'adempimento di quanto previsto agli artt. 59 bis e 59 ter;**
  - c) la disponibilità per gli assistiti, nei locali dello studio medico, della carta dei servizi definita dagli Accordi regionali in merito ai compiti ed ai doveri e 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) **(soppresso)**
  - f) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
  - g) 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;
  - h) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;
  - i) 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;
  - j) la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove previste;

- k) 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;
- l) 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;
- m) 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;
- n) l'adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende;
- o) 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;
- p) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D";
- q) l'assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali ed al fondo di cui all'art. 59;
- r) le visite occasionali, secondo l'art. 57, comma 4;
- s) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico.

3. **(soppresso)**

4. Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico:

- a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 26;
- a1) l'adesione alle aggregazioni funzionali e alle unità complesse delle cure primarie secondo quanto disposto dall'art. 13 bis;**
- 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 maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

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

---

1. È istituito in ogni singola Regionale un fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione 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, secondo quanto definito dall'art. 14 del presente Accordo.

#### **ART. 47 – VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI.**

---

1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.
2. Le visite domiciliari e ambulatoriali, in presenza di unità di cure primarie o di forme associative complesse (equipe territoriale, medicina di gruppo), fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate dai gruppi stessi tenendo conto, nel rapporto con l'utenza, di una offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona.
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 entro le ore dodici del giorno successivo. È 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. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.
7. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.
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.

#### **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.
2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.
3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del medico di assistenza primaria, anche presso il domicilio del paziente.
4. Il medico e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.
5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.
6. I medici che operano in forme associative complesse (equipe territoriali e medicina di gruppo) ed in Unità di cure primarie (UTAP), possono organizzare la risposta al bisogno di prestazioni specialistiche, anche sotto forma di consulto, mediante l'accesso diretto del medico specialista dipendente o convenzionato nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze ritenute necessarie. Fatto salvo il rispetto degli standard definiti dalle legge, tali attività sono disciplinate dagli Accordi regionali.

## **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.

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 ALFA, 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, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai medici di medicina generale presenti nei vari Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

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.

## **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.
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.

**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 ricovero o di cure termali.
2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 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 esauriente risposta al quesito diagnostico, 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.
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 da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di assistenza primaria.
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. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 1, comma 6, del Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 209 dell'8 settembre 1997, le indagini preliminari al ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal medico di assistenza primaria e direttamente riconducibili al DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione da parte del medico stesso sul modulario del SSN.

## **ART. 52 – CERTIFICAZIONE DI MALATTIA PER I LAVORATORI.**

---

1. Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi fa parte dei compiti di cui all'art. 45, comma 2.

2. Le certificazioni relative ad assenza dal lavoro rilasciate da medici diversi da quelli di libera scelta, siano essi del servizio pubblico o liberi professionisti, sono valide ai fini della giustificazione dell'assenza del lavoratore dipendente per malattia, in quanto contenenti gli elementi identificativi del medico e del lavoratore e la prognosi, così come disposto dalla circolare INPS 99/96 del 13.5.1996.

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

### **ART. 53 – ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA.**

---

1. L'assistenza domiciliare programmata, erogata anche secondo indirizzi e modalità operative definiti a livello regionale costituisce, come previsto dall'art. 32, comma 2, livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi. Le seguenti forme di assistenza domiciliare programmata, sono assicurate con interventi a domicilio di:
  - a) assistenza domiciliare integrata (ADI);
  - b) assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
  - c) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).
2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1, lettere a) e b), è disciplinata dai protocolli allegati sotto le lettere G) e H) 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.
3. 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.