

## **ART. 54 – FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA.**

---

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

2. Al fine di:

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;
- b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale;
- c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;
- d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 26, se costituite;
- e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;
- f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
- g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica;

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

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

- forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
- forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

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

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

- b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- c) della forma associativa possono far parte:
- medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi del presente Capo, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'articolo 33 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);
  - medici di continuità assistenziale;
  - medici pediatri di libera scelta;
- d) la sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;
- e) la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto dai commi 7, 8 e 9. Le forme associative composte da soli due medici e già in essere all'atto di pubblicazione del presente Accordo sono fatte salve, se previste dagli Accordi Regionali e fino a che le rispettive condizioni associative restino immutate. Gli Accordi regionali disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo;
- f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;
- g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b), la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;
- i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;

- j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 36, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 36, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dall'art. 47, comma 6 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;
- k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;
- l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
- m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
- n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;
- o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;
- p) devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;
- q) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;
- r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:
- per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
  - per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 24;

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

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

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

A. La medicina in associazione.

B. La medicina in rete.

C. La medicina di gruppo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- d) l' utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;
- e) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;
- f) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova.

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

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

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

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

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

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

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

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

15. La semplice appartenenza ad una forma associativa di cui alla lettera b) del comma 3 non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo, fatto salvo quanto disposto in merito da Accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. 270 del 2000.

16. Le forme associative di cui al precedente comma 3, pur non potendo assumere carattere di soggetto contrattuale rispetto alla definizione dei bisogni assistenziali, anche in termini di tipologia, di quantità, di qualità e di modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i medici di medicina generale, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari dell'ACN, sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi regionali e Aziendali di cui al presente Accordo, anche mediante il soggetto di cui al comma 4, lettera q).

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

## **ART. 55 – INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI.**

---

1. Il medico di famiglia sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltreché alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'Azienda l'esigenza di intervento dei servizi socio-assistenziali.

2. La natura e la tipologia degli interventi conseguenti alla segnalazione di cui al comma precedente sono assunti, se necessario, secondo un programma specifico ed in accordo col medico di famiglia dell'assistito.

**ART. 56 – COLLEGAMENTO CON I SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.**

---

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

2. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere concordate apposite linee guida, ad uso dei medici di assistenza primaria, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.

3. Nel caso di attività in forma associativa in equipe, o unità di cure primarie o Utap, i medici di continuità assistenziale, hanno accesso a tutte le informazioni inerenti gli assistiti di tutta l'unità, utili al loro operato, a partire dalle schede sanitarie individuali e in tutte le fasi di eventuali percorsi nei diversi poli di assistenza dell'Azienda di riferimento.

Tale accesso è passivo e attivo nei limiti delle relative responsabilità professionali.

4. Tutti i medici della forma associativa di cui al comma 3 hanno il dovere di tracciare il proprio intervento professionale sulla scheda sanitaria dell'assistito, sia essa cartacea che informatica.



## **ART. 57 – VISITE OCCASIONALI.**

---

1. I medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti.
2. I medici, tuttavia, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrono all'opera del medico.
3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe omnicomprensive:
  - visita ambulatoriale: €. 15,00
  - visita domiciliare: €. 25,00
4. Al medico convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il medico notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'allegato "D" su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.
5. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti e nell'ambito degli Accordi Regionali, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte delle Aziende. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite occasionali di cui al presente articolo.
6. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare, il modello prescrizione-proposta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza dell'assistito.

## **ART. 58 - LIBERA PROFESSIONE.**

---

1. La libera professione è esercitata secondo le norme del presente articolo.
2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, al di fuori degli obblighi, dei compiti e delle funzioni previsti agli artt. 29 e 45 del presente Accordo, nonché degli accordi regionali ed aziendali, al medico iscritto negli elenchi è consentito svolgere attività di libera professione onorata dal paziente anche nei confronti dei propri assistiti e nei confronti degli assistiti dei medici eventualmente operanti nella medesima forma associativa.
3. Si definisce attività libero professionale:
  - a) strutturata, quella espletata in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di studio dedicati all'attività convenzionale che comporta un impegno orario settimanale definito;
  - b) occasionale, quella occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso, di norma al di fuori degli orari di apertura dello studio.
4. Al fine di eventuali limitazioni di massimale e per il rispetto di quanto previsto dal presente Accordo, il medico che eserciti libera professione strutturata è tenuto a comunicare entro 30 giorni dal suo avvio le seguenti modalità di esercizio dell'attività libero professionale:
  - a) la data di avvio;
  - b) l'ubicazione dello studio professionale e/o l'azienda presso la quale è espletata l'attività di medico del lavoro o equiparata;
  - c) i giorni e gli orari di attività;
  - d) le prestazioni di cui al comma 9 che intende espletare;
  - e) la dichiarazione che l'attività svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.
5. L'attività libero professionale strutturata e occasionale, non deve recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio e al domicilio del paziente.
6. L'attività libero professionale strutturata quando comporta un impegno orario inferiore alle 5 ore settimanali entro i limiti previsti dal comma 5, non comporta la limitazione del massimale stabilita dal comma 4 dell'art. 39.
7. Tale limitazione, pari a 37,5 scelte per ogni ora, interviene quando l'impegno orario settimanale supera il limite orario di cui al comma 6.
8. L'attività libero-professionale occasionale svolta dal medico convenzionato di assistenza primaria non può essere valutata in alcun modo ai fini della limitazione del massimale.
9. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, i medici iscritti negli elenchi possono svolgere attività di libera professione strutturata nei confronti dei propri assistiti per le categorie di prestazioni di seguito specificate:
  - a) prestazioni non comprese nei compiti e nelle attività previsti dagli artt. 29 e 45, del presente accordo;

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

10. Il medico che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da accordi regionali o aziendali, sulla base di quanto previsto dall'art. 14, non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti, pena l'applicazione dell'art. 19 comma 2 del presente Accordo.

11. Ai fini di quanto previsto dal precedente comma 10, l'Azienda richiede al medico, all'atto dell'avvio delle progettualità di cui all'articolo 14, idonea dichiarazione di disponibilità allo svolgimento delle attività aggiuntive previste dagli specifici progetti assistenziali avviati.

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

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

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

## **ART. 59 – TRATTAMENTO ECONOMICO.**

---

1. In attuazione di quanto previsto all'art. 9 del presente Accordo, tenuto conto che il distretto deve assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (art. 3 quater del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni), ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra il medico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta, i servizi di continuità assistenziale ed i presidi specialistici ambulatoriali, nonché con le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate (art. 3-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni) e che il "Programma delle attività territoriali" comprende, come previsto dall'art. 3-quater del D.L.vo n. 502/92, e successive modifiche ed integrazioni, anche l'erogazione della medicina generale e specifica le prestazioni ed attività di competenza della stessa risultanti dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali, il trattamento economico dei medici convenzionati per l'assistenza primaria, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. d), del suddetto decreto legislativo, si articola in :

- a) quota capitaria per assistito ponderata, per quanto stabilito dall'art. 8, negoziata a livello nazionale;
- b) quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico;
- c) quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche **escluse quelle di cui agli artt. 59 bis e 59 ter**, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

2. Gli accordi regionali, possono definire eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste complementari.

3. Gli accordi regionali devono essere stipulati nei modi e nei tempi previsti dagli artt. 4 e 10 del presente Accordo.

### **A - QUOTA CAPITARIA.**

1. Ai medici di medicina generale incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto dall'1.1.2008, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo di euro **40,05**.

2. Esaurendosi l'incremento della quota capitaria legata all'anzianità di laurea del medico, questo è trasformato, limitatamente ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato all'entrata in vigore del presente Accordo, in assegno individuale non riassorbibile, che viene riconosciuto al medico per anzianità di laurea e carico assistenziale, dal 1 Gennaio 2005.

L'importo di tale assegno è determinato dalla moltiplicazione del numero totale degli assistiti in carico per il valore tabellare definito dall'incrocio tra l'anzianità del medico e la fascia determinata dal numero di assistiti in carico, secondo la seguente tabella:

	da 0 a 13 aa	da 13 a 20 aa	oltre 20	oltre 27
fino a 500 assistiti	13,73	15,56	17,26	18,46
Fino a 600	11,50	13,19	14,98	16,21
fino a 700	9,10	10,82	12,61	13,83
fino a 800	7,54	9,05	10,86	12,10
fino a 900	5,96	7,75	9,50	10,75
fino a 1000	4,94	6,75	8,53	9,74
fino a 1100	4,10	5,91	7,67	8,91
fino a 1200	3,42	5,20	6,99	8,23
fino a 1300	2,84	4,63	6,43	7,65
fino a 1400	2,35	4,15	5,93	7,14
oltre 1400 assistiti	1,91	3,70	5,49	6,73

3. I medici di cui al presente comma hanno diritto, fino alla cessazione del rapporto convenzionale, ed anche in caso di trasferimento, all'assegno individuale, così come determinatosi al 31.12.2005.

4. Con decorrenza dal 1 gennaio 2004 è istituito, in ogni ASL, il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, non riassorbibile, pari a 2,03 euro annue per ogni assistito. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annue dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annue dal 31.12.2005, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 della prima parte del presente accordo.

5. Questo fondo si arricchirà anche con gli assegni individuali resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale di singoli medici;

6. Dal 1.1.2004 tutti i medici di assistenza primaria convenzionati a tempo indeterminato ai sensi del presente accordo partecipano al riparto del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, mediante attribuzione di una quota capitaria definita dagli accordi regionali.

7. Per il 2004 e fino alla definizione dei nuovi accordi regionali a ciascun medico già titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato è riconosciuta una quota capitaria di ponderazione pari a 2,03 Euro annue per assistito fino al 31 dicembre 2004, pari a 2,58 Euro annue dal 1.1.2005 e pari a 3,08 Euro annue dal 1.1.2006.

8. A ciascun Medico di assistenza primaria che assume l'incarico convenzionale a tempo indeterminato dopo l'entrata in vigore del presente accordo, spetta per le prime 500 scelte, una quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso, pari a € 13,46, quale sostegno all'attività. Nulla è dovuto a titolo di quota di ingresso per le scelte oltre la cinquecentesima. I medici con un carico assistenziale inferiore alle 501 scelte, titolari a tempo indeterminato alla entrata in vigore del presente accordo possono, alla data del 31.12.2005, optare per il trattamento previsto per i nuovi inseriti qualora questo fosse loro più favorevole.

9. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età continuerà ad essere corrisposto il compenso aggiuntivo annuo pari a Euro 15,49, **incrementato a far data dal 1.1.2008 di Euro 4,80.**

10. Per le scelte dei minori di età inferiore a 14 anni, effettuate successivamente allo 02.10.2000, continuerà ad essere corrisposto, con riferimento alle scelte in carico, il compenso annuo aggiuntivo di Euro 18,08, **incrementato a far data dal 1.1.2008 di Euro 0,87.**

#### **B - QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI E DI STANDARD EROGATIVI ED ORGANIZZATIVI.**

1. A decorrere dal 01.01.2005, le quote già destinate ai medici di assistenza primaria per l'incentivazione di

- a) attività in forma associative
- b) collaborazione informatica
- c) collaboratore di studio
- d) personale infermieristico

costituiscono il fondo a riparto di cui all'art. 46, quantificato in ogni Regione sulla base di € 2,99 per assistito/anno.

2. In ciascuna Regione il fondo di cui al comma precedente deve essere incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel DPR 270/2000, per effetto degli Accordi Regionali vigenti, in tema di

- a) attività in forma associative
- b) collaboratore di studio
- c) personale infermieristico

3. Il fondo di cui all'art. 46 è aumentato di euro 2,00 per assistito/anno dal 1.1.2005 (ex piena disponibilità);

4. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46, come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai medici che svolgono la propria attività in forma di medicina di gruppo ed in forma di medicina in rete, a partire dal 01.01.2005, **fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter**, è corrisposto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura, rispettivamente di Euro 7,00 e di Euro 4,70; **fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter**, ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in associazione è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Euro 2,58.

5. In attesa della stipula degli Accordi regionali, nelle Regioni in cui è stato superato il tetto della medicina in associazione garantito dal DPR 270/2000 nella misura del 40% degli assistiti nell'ambito regionale, non potranno costituirsi nuove medicine in associazione.

6. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai medici di assistenza primaria, individuati dalla Regione, che utilizzano un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, è corrisposta, a partire dal 01.01.2005 **e fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter**, un'indennità annua nella misura di Euro 3,50 per assistito in carico.

7. In attesa della stipula dei nuovi accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai medici di assistenza primaria, individuati dalla Regione, che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, è corrisposta, a partire dal 01.01.2005 **e fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter**, un'indennità annua nella misura di Euro 4,00 per assistito in carico.

8. I compensi relativi alla medicina in rete, alla medicina di gruppo, e le indennità relative al personale di studio e all'infermiere professionale sono corrisposti nella misura e nei tempi di cui ai commi 4, 6 e 7 quando nella Regione non siano state superate le rispettive percentuali, da calcolarsi sugli assistiti complessivi della Regione, nella seguente misura:

- a) il 12% per la medicina di gruppo;
- b) il 9% per la medicina di rete;
- c) il 40% per il collaboratore di studio;
- d) il 8% per l'infermiere professionale.

9. Nel caso in cui, alla data di entrata in vigore del presente Accordo, la percentuale di una o più delle voci di spesa di cui ai commi 4, 6 e 7 sia superiore a quella prevista nel precedente comma 8, le risorse complessivamente impegnate continuano ad essere utilizzate secondo quanto previsto dagli Accordi regionali in vigore e continua ad essere riconosciuto ai medici interessati quanto previsto da tali accordi regionali o dal DPR 270/2000.

10. La maggiore spesa derivante dal superamento di una o più delle percentuali di cui al comma 8 è compensata dalla eventuale disponibilità di risorse derivante dalla sottoutilizzazione, in relazione alle percentuali di cui al comma 8, di altri istituti tra quelli di cui ai precedenti commi 4, 6 e 7. In tal caso i compensi e le indennità sono corrisposti nella misura e nei tempi previsti ai commi 4, 6 e 7 sia per gli istituti oggetto di compensazione che per quelli che non hanno superato le relative percentuali.

11. Dalla entrata in vigore del presente Accordo tutti i medici di assistenza primaria sono obbligati a garantire, dal momento dell'assunzione dell'incarico, nel proprio studio e mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e devono consentire l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza. Per questo e fino alla stipula degli accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, **fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter**, è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di Euro 77,47.

12. **(soppresso)**

a) **(soppresso)**

b) **(soppresso)**

c) **(soppresso)**

13. **(soppresso)**

14. **Fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter**, l'indennità per il collaboratore di studio e/o per l'infermiere professionale è riconosciuta a ciascun medico, anche se operante in forma associata. I relativi contratti di lavoro, salvo diversi accordi regionali, sono stipulati in rapporto ad un impegno orario minimo, per ogni singolo medico, come definito dalla normativa in vigore e fatte salve differenti determinazioni assunte nell'ambito degli accordi regionali.

15. In attesa o in mancanza della stipula degli accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 1.1.2004, di ulteriori fondi, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 **dell'ACN 23 marzo 2005**, di euro 2,03 annui per assistito, eventualmente integrato con le risorse di cui ai punti antecedenti, non utilizzate nell'anno solare precedente, per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annui dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annui dal 31.12.2005.

16. In attesa o in mancanza della stipula dei nuovi accordi regionali, tali fondi costituiscono una quota capitaria regionale, distribuita dal 1.1.2004 a tutti i medici, ogni mese in ragione di un dodicesimo delle quote previste al precedente comma.

17. Successivamente alla stipula dei nuovi accordi regionali ed in base a quanto dagli stessi stabilito, questa quota è ripartita, fra tutti i medici e secondo gli apporti individuali.

18. Gli obiettivi da raggiungere da parte dei medici di assistenza primaria sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e Organizzazioni sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di accordo regionale.



19. I progetti devono essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse.

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

**C - QUOTA VARIABILE PER COMPENSI SERVIZI CALCOLATA IN BASE AL TIPO ED AI VOLUMI DI PRESTAZIONE, CONCORDATA A LIVELLO REGIONALE E/O AZIENDALE,** comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche **escluse quelle di cui agli artt. 59 bis e 59 ter**, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

1. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai medici di assistenza primaria spetta il compenso per le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D) e al relativo nomenclatore tariffario.

2. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza programmata ad assistiti non ambulabili, di cui all'art. 53, lettere a) e b), come quantificati nei protocolli allegati sotto le lettere G) ed H), e di cui allo stesso articolo 53, lett. c), secondo quanto stabilito dagli accordi regionali. L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui sopra viene definita annualmente dalle Regioni tenendo conto degli obiettivi da raggiungere fissati dai Piani Sanitari Regionali e degli obiettivi effettivamente raggiunti, previo Accordo regionale. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza programmata di cui al protocollo allegato G) non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Sono fatti salvi i diversi accordi regionali.

#### **D - ACCORDI REGIONALI ED AZIENDALI.**

1. Ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza domiciliare residenziale di cui all'art. 53, lettera c) effettuate con modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali.

2. Per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai medici di assistenza primaria un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate nell'ambito degli Accordi regionali.

3. Gli Accordi regionali possono prevedere lo svolgimento di ulteriori attività, l'erogazione di specifiche prestazioni, compreso il possesso di specifici requisiti di qualità, e i relativi compensi.

#### **E - ARRETRATI BIENNIO 2006-2007.**

1. (soppresso)
  - a) (soppresso)
  - b) (soppresso)
  - c) (soppresso)
2. **Gli arretrati di cui alla tabella A all'art. 9 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.**
3. **Gli adeguamenti contrattuali di cui alla tabella B dell'art. 9 devono essere effettuati entro giugno 2009 unitamente alla corresponsione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009.**
4. **Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione della tabella B dell'art. 9 saranno corrisposti entro ottobre 2009.**
5. **Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale del medico di assistenza primaria e delle scelte in deroga acquisibili secondo quanto previsto dall'art. 40 dell'ACN 23 marzo 2005.**

#### **F - MODALITÀ DI PAGAMENTO.**

1. I compensi di cui alla lettera A), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, mensilmente, entro la fine del mese successivo quello di competenza.
2. I compensi di cui alle lettere B) e C) sono versati mensilmente entro la fine del secondo mese successivo a quello di competenza.
3. Ai fini della correttezza del pagamento dei compensi ai medici di medicina generale si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.
4. Le variazioni di retribuzione relative ai passaggi di fascia per anzianità di laurea del medico saranno, nell'anno 2005, effettuate una volta: il 1 gennaio, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il 31 dicembre se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

## **ART. 59 BIS – FLUSSO INFORMATIVO.**

---

**1. Dal 1° gennaio 2009, il medico di assistenza primaria trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:**

- **Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);**
- **Accesso allo studio medico, con o senza visita medica;**
- **Visite domiciliari;**
- **PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);**
- **Assistenza domiciliare (ADP/ADI);**

**2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:**

- **riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura);**
- **riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato;**
- **essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.**

**3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.**

**4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.**

**ART. 59 TER – TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA.**

---

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei medici-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 13 bis, comma 5.

2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.

3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.

4. La relativa trattenuta è applicata dall' Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.

5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.

6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30.

## **ART. 60 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA.**

---

1. Per i medici iscritti negli elenchi della assistenza primaria viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui all'art. 9, comma 2, punto 6 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al **16,5%** di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui il **10,375%** a carico dell'Azienda e il **6,125%** a carico del medico.

2. L'aliquota di cui al precedente comma 1 decorre dal **1.1.2008**.

**2 bis. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al comma 1 possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.**

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

4. Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto legislativo 151/2001, è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo **0,36%** (zero virgola trentasei per cento) dei compensi di cui all'art. 59, lettera A, comma 1 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, a decorrere dal **31 dicembre 2009** l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo **0,72%** dei compensi di cui all'art. 59, lettera A, comma 1.

5. Con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al precedente comma 4 affinché provveda in merito.

6. (soppresso)

7. (soppresso)

8. (soppresso)

**8 bis. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del comma 4 del presente articolo costituisce parte integrante del costo della convenzione come definita dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.**

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

---

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

## **CAPO III**

### **LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

#### **ART. 62 – CRITERI GENERALI.**

---

1. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, organizzano le attività sanitarie per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

2. Il servizio di continuità assistenziale è indirizzato a tutta la popolazione, in ambito aziendale, in ogni fascia di età, sulla base di uno specifico livello assistenziale. Le prestazioni sono realizzate da:

- a) da medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli articoli seguenti del presente Capo;
- b) da medici di cui alla lettera a) organizzati in forme associative con i medici di assistenza primaria per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore in ambiti territoriali definiti;
- c) da un singolo convenzionato per l'assistenza primaria residente nell'ambito territoriale;

Per quanto previsto dalle lettere b), c) le attività di Continuità assistenziale possono essere assicurate anche in forma di servizio attivo in disponibilità domiciliare.

3. Nell'ambito delle attività in equipe, Utap o altre forme associative delle cure primarie, ai medici di continuità assistenziale sono attribuite funzioni coerenti con le attività della medicina di famiglia, nell'ambito delle rispettive funzioni, al fine di un più efficace intervento nei confronti delle esigenze di salute della popolazione.

4. L'attività di continuità assistenziale può essere svolta in modo funzionale, nell'ambito delle équipes territoriali, secondo un sistema di disponibilità domiciliare o in modo strutturato, in sedi territoriali adeguatamente attrezzate, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.

5. Nell'ambito degli accordi regionali, i medici incaricati di espletare il servizio di continuità assistenziale in uno specifico ambito territoriale, possono essere organizzati secondo modelli adeguati a facilitare le attività istituzionali e l'integrazione tra le diverse funzioni territoriali.

6. I compensi sono corrisposti dall'Azienda, a ciascun medico che svolge l'attività nelle forme di cui al comma 2 lettere b) e c), anche mediante il pagamento per gli assistiti in carico di una quota capitaria aggiuntiva definita dalla contrattazione regionale, e rapportata a ciascun turno effettuato, salvo quanto previsto dagli articoli seguenti.

7. Nell'ambito degli Accordi regionali, per garantire la massima efficienza della rete territoriale e la integrazione con quella ospedaliera, limitando le soluzioni di continuità nei percorsi di assistenza al cittadino, si possono prevedere meccanismi di operatività sinergica tra il servizio di continuità assistenziale e quello di emergenza sanitaria territoriale al fine di arricchire il circuito professionale dell'emergenza e della medicina di famiglia.



## **ART. 63 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.**

---

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende, previa comunicazione al comitato aziendale di cui all'art. 23, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende.

2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dal precedente comma 1:

a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale nelle aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in aziende di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno due anni e da almeno tre anni nell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 650 e 350. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili in ciascuna azienda e i quozienti funzionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità inferiore. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

3. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/1 o Q/4.

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

a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;

b) attribuzione di punti 10 a coloro che nell'ambito della Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;

c) attribuzione di punti 10 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale di settore e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

5. Le graduatorie di cui al precedente comma 4 vengono formulate sulla base dei punteggi relativi e apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico concorrente lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

6. La Regione, o altro soggetto da essa incaricato per l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo, provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla Sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

7. La Regione o altro soggetto incaricato, interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 2 in base alla anzianità di servizio effettivo in qualità di incaricato a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale o ex-guardia medica, fino alla concorrenza della metà dei posti disponibili; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 2 in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al precedente comma 4 e sulla base del disposto di cui al comma 7 e 8 dell'articolo 16 della presente Accordo.

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

- a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica in qualità di incaricato a tempo indeterminato;
- b) l'anzianità di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex-guardia medica nell'incarico di provenienza, ancorché già valutata ai sensi della lettera a).
- c) una anzianità pari a 18 mesi per trasferimenti interregionali con provenienza da aziende di cui all'art. 64, comma 4.

9. A parità di anzianità per i medici di cui al comma 2, lett. a) e di quelli di cui al comma 5 del presente articolo, prevalgono nell'ordine la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o raccomandata con ricevuta di ritorno, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.

11. La Regione, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, comunica gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici

12. Il medico che ha accettato l'incarico deve inoltrare all'azienda interessata una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda aveva in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione, e posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L". La situazione di incompatibilità dovrà comunque cessare all'atto del conferimento definitivo dell'incarico.

13. Se il medico incaricato è proveniente da altra Regione, l'Azienda comunica all'Assessorato alla sanità della regione di provenienza e a quella del luogo di residenza, ove non coincidenti, l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e per gli effetti di cui al successivo comma 16.

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

15. È cancellato dalla graduatoria regionale, o di settore se presente, valida per l'anno in corso per la continuità assistenziale, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo.

16. Il medico, già titolare di incarico, che concorre all'assegnazione di un incarico vacante, per trasferimento, in caso di assegnazione, decade dall'incarico di provenienza.

#### **ART. 64 – RAPPORTO OTTIMALE.**

---

1. Al fine di consentire una programmazione corretta ed efficiente del servizio di continuità assistenziale nelle singole Aziende, le Regioni definiscono, anche sulla base delle proprie caratteristiche orogeografiche, abitative e organizzative, il fabbisogno dei medici di continuità assistenziale di ciascuna singola ASL, che è determinato secondo un rapporto ottimale medici in servizio/abitanti residenti.
2. Ai fini di quanto previsto al precedente comma 1, il numero dei medici inseribili nei servizi di continuità assistenziale di ciascuna ASL è definito dal rapporto di riferimento 1 medico ogni 5000 abitanti residenti.
3. Le Regioni possono indicare, per ambiti di assistenza definiti, un diverso rapporto medico/popolazione. La variabilità di tale rapporto, in aumento o in diminuzione, deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque tale variabilità non può essere maggiore del 30% rispetto a quanto previsto al comma 2.
4. Le Aziende che dispongano di medici in servizio nella continuità assistenziale in esubero rispetto al rapporto ottimale come definito al comma 2, (tenuto conto delle variazioni di cui al comma 3), non possono attribuire ulteriori incarichi fino al riequilibrio di tale rapporto.
5. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.

## **ART. 65 – MASSIMALI.**

---

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un orario settimanale di 24 ore.
2. Ai medici di continuità assistenziale titolari di incarico a 24 ore, che esercitano l'attività in forme associative funzionali ed a progetti assistenziali ad essa correlati, definiti nell'ambito degli Accordi regionali ed Aziendali, sono attribuite ulteriori 4 ore per attività istituzionali non notturne collegate anche con prestazioni aggiuntive e non concorrono alla determinazione del massimale orario. Sono fatti salvi gli Accordi regionali vigenti in materia.
3. I medici già incaricati alla data di entrata in vigore del presente Accordo per un numero di ore settimanali pari o inferiore a 12, mantengono tale incarico anche in deroga al precedente comma 1 ma sono tenuti a concorrere all'aumento orario qualora nell'ambito della Azienda si determinino incarichi orari vacanti. Il rifiuto di completare l'orario fino alla concorrenza di almeno 24 ore settimanali comporta la decadenza dall'incarico.
4. In caso di organizzazione del servizio in forme associative strutturali delle cure primarie o in UTAP, il conferimento dell'incarico è di norma a 38 ore settimanali, di cui 14 in attività diurna feriali.
5. L'incarico di 38 ore settimanali comporta l'esclusività del rapporto e non è conferibile nei confronti del medico incaricato a tempo indeterminato per la medicina generale o per la pediatria di libera scelta, indipendentemente dal numero di scelte in carico, che non rinunci contestualmente a tali incarichi. Quello a 24 ore può essere conferito solo in presenza di un numero di scelte pari o inferiore rispettivamente a 650 o 350.
6. La cessazione dell'incarico per il raggiungimento del limite di scelte di cui al comma 5, nei confronti dei medici titolari di incarico di continuità assistenziale ha effetto dal sesto mese successivo a quello in cui si determina il superamento del numero di scelte compatibile.
7. Ai fini di cui al precedente comma 6 l'Azienda è tenuta a comunicare al medico il raggiungimento del limite di scelte previsto dal comma 5 nel mese in cui tale situazione si determina e le conseguenze del raggiungimento di tale limite (cessazione dell'incarico di continuità assistenziale).
8. Prima di esperire la procedura di pubblicazione di eventuali incarichi vacanti, gli orari disponibili all'interno dell'Azienda vengono comunicati ai medici già titolari di incarico a tempo indeterminato inferiore a 24 ore settimanali, ed assegnati fino a concorrenza del massimale orario, secondo l'ordine di anzianità di incarico nella stessa Azienda, l'anzianità di laurea e la minore età.
9. L'orario complessivo dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale sommato a quello risultante da altre attività compatibili non può superare le 38 ore settimanali.

10. Il medico titolare di incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato che detenga anche un rapporto convenzionale di assistenza primaria o di pediatria di base fino alla concorrenza rispettivamente di 350 e di 150 scelte, può svolgere attività di libera professione strutturata fino ad un massimo di 8 ore settimanali.

11. Il medico decade dall'incarico qualora:

- a) insorga una situazione di incompatibilità;
- b) rifiuti l'incremento orario ai sensi del precedente comma 3
- c) non riduca l'orario delle attività compatibili nella fattispecie di cui al comma 9.

12. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 11, la Azienda contesta al medico la situazione di incompatibilità entro 30 giorni dalla sua rilevazione e sulla base delle procedure dell'art. 30 definisce la cessazione del rapporto convenzionale.

13. Il disposto di cui al comma 11 si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale l'Azienda definisce e comunica al medico la cessazione del rapporto convenzionale.

14. Gli Accordi regionali disciplinano le modalità con cui le Aziende possono attribuire, eccezionalmente, per esigenze straordinarie a garanzia della continuità del servizio e limitatamente nel tempo, eventuali ore di attività eccedenti l'orario settimanale di incarico, escluso l'orario di cui al comma 2.

## **ART. 66 - LIBERA PROFESSIONE.**

---

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

## **ART. 67 – COMPITI DEL MEDICO.**

---

1. Il medico di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio. In presenza di forme associative strutturate delle cure primarie e di attività organizzata in equipe, l'attività di continuità assistenziale è erogata nei confronti della popolazione che ha effettuato la scelta in favore dei medici facenti parte dell'associazione medesima.
2. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, fin dall'inizio del turno in servizio attivo, nella sede assegnatagli dalla Azienda o nelle altre modalità specifiche previste per le équipes, le UTAP o altre forme associative delle cure primarie, e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali.
3. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali. Secondo le indicazioni aziendali, in particolari situazioni di necessità e ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali definite nell'ambito degli Accordi regionali.
4. Nell'ambito delle attività in Equipe o in UTAP o in altre forme organizzative delle cure primarie, con Accordi regionali, possono essere sperimentate forme di triage per realizzare risposte di continuità assistenziale maggiormente appropriate.
5. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore.
6. A livello aziendale sono definite le modalità di esercizio dell'attività, ai fini dell'eventuale organizzazione dell'orario, anche ai fini del ristoro psico-fisico del medico, particolarmente nei mesi estivi.
7. Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Le registrazioni devono avere per oggetto:
  - a - nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;
  - b - generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito (nel caso che sia persona diversa);
  - c - ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;
  - d - ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato.
8. Per le prestazioni effettuate, il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (Allegato M), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.



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

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

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

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

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

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

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

16. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:

a) la redazione di certificazioni obbligatorie, quali: certificazione di malattia per i lavoratori turnisti, la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove prevista;

b) **(soppresso)**

**b1) l'adesione alle aggregazioni funzionali e alle unità complesse delle cure primarie di cui rispettivamente agli artt. 26 bis e 26 ter con particolare riferimento alla continuità dell'assistenza nelle strutture protette e nei programmi di assistenza domiciliare;**

**b2) gli adempimenti di quanto previsto all'art. 59 ter;**

c) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 45 comma 4;

d) la segnalazione personale diretta al medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito dei casi di particolare complessità rilevati nel corso degli interventi di competenza, oltre a quanto previsto dall'art. 69;

e) la constatazione di decesso.

17. Il medico di continuità assistenziale partecipa alle attività previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso, analogamente agli altri medici di medicina generale che ad esse partecipano. Tali attività sono primariamente orientate, in coerenza con l'impianto generale del presente Accordo, a promuovere la piena integrazione tra i diversi professionisti della Medicina generale, anche mediante la regolamentazione di eventuali attività ambulatoriali.

18. Con gli accordi regionali e aziendali sono individuati gli ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico di continuità assistenziale alle attività previste nelle équipes territoriali, nelle Utap e nelle altre forme organizzative delle cure primarie.

## **ART. 68 – COMPETENZE DELLE AZIENDE.**

---

1. L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale, necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio, sulla base del relativo protocollo definito nell'ambito degli Accordi regionali.
2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali, di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici.
3. L'Azienda, sentiti i medici interessati, predispone i turni e assegna, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica in merito all'applicazione del d.Lgs. 626/94, le sedi di attività nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra.
4. L'Azienda, sulla base di apposito Accordo regionale, provvede altresì:
  - a) alla disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di telefono mobile e di caratteri distintivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
  - b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate, su supporto magnetico o digitale, presso le sedi operative;
  - c) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici di continuità assistenziale.
5. Nell'ambito degli Accordi regionali, sono definite le competenze delle Aziende in caso di attivazione della continuità assistenziale nell'ambito delle UTAP, delle équipes territoriali o delle altre forme organizzative strutturali delle cure primarie.

## **ART. 69 – RAPPORTI CON IL MEDICO DI FIDUCIA E LE STRUTTURE SANITARIE.**

---

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

## **ART. 70 – SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI.**

---

1. Il medico che non può svolgere il servizio deve avvertire il responsabile, indicato dalla Azienda, che provvede alla sostituzione secondo le procedure di cui ai commi successivi.

2. Gli Accordi Regionali, in attesa che siano operative le forme associative complesse quali equipe, nuclei di cure primarie o Utap, possono prevedere figure di coordinamento dei medici della continuità assistenziale operanti in uno specifico ambito territoriale con funzioni di raccordo con il responsabile aziendale, anche ai fini di quanto previsto dal presente articolo e dal comma 5 dell'articolo 62.

3. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, l'Azienda può conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai commi successivi.

4. Per sostituzioni superiori a 9 giorni, l'Azienda conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 15, comma 12, o, in mancanza, della graduatoria regionale di settore vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio della Azienda.

5. Qualora non fosse possibile garantire il servizio secondo le procedure di cui al precedente comma, l'Azienda potrà concordare, ai sensi del comma 14 dell'articolo 65, con i medici incaricati un aumento delle ore settimanali oltre il limite di 24 ore e fino al limite massimo di 38 ore.

6. Ai sensi della Legge 448/2001, art. 19, comma 11, qualora non fosse possibile esperire le procedure di cui al comma 4 ed al comma 5, al solo fine di garantire il servizio si potranno incaricare, per non più di tre mesi l'anno, medici non presenti nella graduatoria regionale vigente, nei casi di carente disponibilità.

7. Per carente disponibilità di cui al comma precedente, si intende la mancanza di medici per:

- a) rinuncia degli iscritti alla graduatoria regionale di settore vigente;
- b) raggiungimento del tetto massimo di 38 ore settimanali da parte dei medici già incaricati del servizio.

8. L'incarico di sostituzione può essere attribuito per un periodo fino a dodici mesi, sulla base del disposto degli Accordi regionali. Un ulteriore incarico può essere conferito allo stesso medico sulla base di quanto disposto dal comma 11 del presente articolo.

9. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento al medico interessato di incarico a tempo indeterminato.

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

11. Esaurite le procedure di cui al comma 10, ove non sia stato assegnato l'incarico provvisorio vacante, la ASL può attribuire lo stesso ripercorrendo integralmente la graduatoria di disponibilità e quella di settore.
12. L'azienda, per sostituzioni di durata pari o inferiore a 9 giorni, utilizza i medici in reperibilità oraria presso quella sede.
13. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 18 e per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.
14. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 4.
15. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

## **ART. 71 – ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITÀ.**

---

1. L'Azienda organizza turni di reperibilità domiciliare nei seguenti orari:
  - dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;
  - dalle ore 9,00 alle 10,30 dei soli giorni prefestivi;
  - dalle ore 7,00 alle 8,30 dei soli giorni festivi.
2. Il medico di Continuità assistenziale incaricato ai sensi degli artt. 63 e 70 del presente Accordo è tenuto ad effettuare i turni di reperibilità secondo il disposto di cui al comma 1.
3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione e di remunerazione, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

## **ART. 72 – TRATTAMENTO ECONOMICO.**

---

**1. A far data dal 1 gennaio 2008 l'onorario professionale di cui all'art. 72, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 22,03 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente capo.**

**2. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un rimborso forfetario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo.**

**3. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 16,5% di cui il 10,375% a carico dell'azienda e il 6,125% a carico del medico. Tale aliquota decorre dall'1.1.2008.**

**3 bis) Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.**

**4. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico di cui al presente articolo per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.lgs. n. 151/2001 l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 3 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui al comma 1 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, a decorrere dal 31 dicembre 2009 l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei compensi di cui al comma 1.**

**4 bis) L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma 4 costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.**

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



6. **Gli arretrati di cui alla tabella C dell'art. 9 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009. Gli adeguamenti contrattuali di cui alla tabella D dell'art. 9 devono essere effettuati entro giugno 2009 unitamente alla corresponsione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 1 saranno corrisposti entro ottobre 2009.**

**ART. 73 – ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI.**

---

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, sempreché l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo .
2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
  - a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
  - b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvo diversi accordi regionali
3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo.
4. Nell'ambito degli Accordi regionali il medico inabile allo svolgimento dei compiti di cui al presente Capo, può essere adibito a specifiche differenti attività inerenti il proprio incarico.

## **CAPO IV**

### **MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI**

#### **ART. 74 – CAMPO DI APPLICAZIONE.**

---

1. Il presente Capo disciplina i rapporti di lavoro instaurati tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici della medicina dei servizi territoriali ai sensi dell'art. 13 del presente Accordo, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, per l'organizzazione delle attività sanitarie territoriali a rapporto orario, per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione e che non risultino regolate da altri accordi collettivi stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Ai sensi dell'art. 8, comma 1 bis, del D.L.vo n. 502/92, come modificato dal D.L.vo n. 517/93 e successive normative, nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo citato, le Aziende sanitarie utilizzano ad esaurimento, i medici incaricati a tempo indeterminato nella attività di medicina dei servizi, già disciplinate dal capo II del D.P.R. n. 218/92, e i medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 5, comma 4 dell'Allegato "N" al D.P.R. n. 484 del 1996. Per questi vale il presente Accordo.

**ART. 75 – MASSIMALE ORARIO E SUE LIMITAZIONI.**

---

1. Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un massimo di 38 ore settimanali sulla base degli Accordi regionali.
2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dal presente Capo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.
3. L'incarico di medicina dei servizi territoriali fino a 24 ore settimanali cessa nei confronti del medico incaricato a tempo indeterminato per la assistenza primaria o per la pediatria di libera scelta che detenga o raggiunga un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 600 o 320 scelte.
4. L'incarico a 38 ore comporta l'esclusività del rapporto, fatta salva la libera professione.
5. Il medico titolare di rapporto convenzionale di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta può detenere anche un incarico di medicina dei servizi territoriali non superiore, in ogni caso, a 24 ore settimanali.
6. Le diverse situazioni esistenti all'entrata in vigore del presente Accordo, restano immutate fino alla stipula degli Accordi regionali.

## **ART. 76 – AUMENTI D'ORARIO.**

---

1. L'Azienda, qualora si rendano disponibili orari di attività per cessazione degli incarichi a tempo indeterminato, ad esclusione delle ore rese libere per inquadramento a tempo indeterminato nella dirigenza medica della dipendenza, interpella i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda medesima che abbiano espresso la propria disponibilità e assegna l'aumento delle ore all'avente diritto tra i medici operanti nell'ambito della stessa Azienda secondo l'ordine di anzianità di incarico.

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

3. Qualora, dopo aver espletato la procedura di cui ai commi 1 e 2, siano disponibili turni vacanti, l'azienda può comunicare la disponibilità al Comitato di cui all'art. 23 per l'eventuale trasferimento di medici già incaricati a tempo indeterminato in altra Azienda.

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

---

1. Per mutate ed accertate esigenze di servizio, sentiti i sindacati firmatari del presente accordo, l'Azienda può dar luogo a riduzione di orario dell'incarico, dandone comunicazione all'interessato mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di un mese. La riduzione dell'orario si applica al medico con minore anzianità di incarico nell'ambito del medesimo servizio.
2. I provvedimenti con i quali si riducono gli orari o comunque si introducono modificazioni nei rapporti disciplinati dal presente accordo sono comunicati entro 10 giorni al comitato di cui all'art. 23.
3. Eventuali nuovi aumenti di orario interessanti servizi già oggetto di precedenti riduzioni orarie, sono attribuiti al medico al quale era stata applicata la decurtazione di orario, ove possibile, o, comunque, al medico incaricato a tempo indeterminato con orario di incarico più basso.
4. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato e senza soluzione di continuità dell'incarico.

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

---

1. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato deve:
  - a) attenersi alle disposizioni contenute nel presente accordo e a quelle che l'Azienda emana per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali;
  - b) osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico a tempo indeterminato.
2. Le Aziende provvedono al controllo dell'osservanza dell'orario con procedure uguali a quelle in vigore per il personale dipendente.
3. A seguito dell'inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate trattenute mensili sulle competenze del medico inadempiente, previa rilevazione contabile delle ore di lavoro non effettuate.
4. Ripetute e non occasionali infrazioni in materia di orario di lavoro e di rispetto dei compiti previsti dal presente Capo potranno essere contestate al medico secondo la procedura di cui all'articolo 30 del presente Accordo.
5. Il mancato invio dell'Allegato L o infedeli dichiarazioni costituiscono motivo di applicazione al medico del procedimento sanzionatorio di cui all'articolo 30.
6. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività.
7. Sono inoltre doveri e compiti del medico:
  - a) **(soppresso)**
  - a1) l'adesione alle aggregazioni funzionali e alle unità complesse delle cure primarie di cui rispettivamente agli artt. 26 bis e 26 ter;**
  - a2) gli adempimenti di quanto previsto all'art. 59 ter;**
  - b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 29;
  - c) la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale.
8. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali.
9. Il medico incaricato per le attività di medicina dei servizi può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
10. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.
11. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico dei servizi territoriali può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.
12. Per le attività disciplinate dal presente Capo, sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge 146/1990 e della legge 83/2000, quelle rese nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale.

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

14. Le Aziende sanitarie possono affidare sulla base di accordi regionali, ed esigenze organizzative, incarichi per specifiche responsabilità ai medici di cui al presente Capo.



## **ART. 79 – TRASFERIMENTI.**

---

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

**ART. 80 – DISPONIBILITÀ.**

---

1. Gli Accordi regionali disciplinano la disponibilità del medico di medicina dei servizi territoriali, previo suo consenso, presso strutture o Enti del Servizio sanitario nazionale o regionale.

## **ART. 81 – DISPONIBILITÀ.**

---

1. Alle sostituzioni dei medici incaricati a tempo indeterminato che per giustificato motivo si assentino dal servizio l'Azienda provvede assegnando incarichi provvisori secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'art. 15, comma 12, o, in mancanza, di quella regionale di settore se presente, di cui al presente Accordo, con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda.
2. L'incarico di sostituzione non può superare la durata di tre mesi.
3. L'incarico di sostituzione cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato.
4. Alla scadenza, un ulteriore incarico potrà essere conferito dalla Azienda ad un altro medico a seguire e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'art. 15, comma 12, o, in mancanza, di quella regionale di settore, di cui al presente Accordo.
5. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 18 e per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, per motivi che non siano quelli previsti dall'art.18, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.
6. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede l'Azienda con le modalità di cui ai commi 2 e 4.
7. Al medico sostituito spetta il trattamento economico di cui all'articolo 85.

**ART. 82 – PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO – CONGEDO MATRIMONIALE.**

---

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di trenta giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a cinque volte l'impegno orario settimanale.
2. Il permesso è usufruito in uno o più periodi, a richiesta dell'interessato, con un preavviso di quarantacinque giorni
3. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio.
4. Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui all'art. 84.
5. Il periodo di permesso viene fruito durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.
6. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.
7. Al medico confermato spetta un congedo matrimoniale retribuito di quindici giorni non festivi continuativi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.
8. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.

**ART. 83 - MALATTIA - GRAVIDANZA.**

---

1. Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio, anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi, che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50 per cento per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza emolumenti.
2. L'Azienda può disporre controlli sanitari in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati.
3. In caso di gravidanza o puerperio, l'Azienda mantiene l'incarico per sei mesi continuativi.
4. Durante la gravidanza e il puerperio l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

**ART. 84 – ASSENZE NON RETRIBUTE.**

---

1. Il medico è sospeso dall'incarico, con conservazione dello stesso, con le modalità e per i motivi di cui all'art. 18 del presente Accordo.
2. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve avanzare richiesta per l'ottenimento dei permessi di cui al presente articolo con un preavviso di almeno sette giorni.
3. Ricorrenti assenze non retribuite sono valutate per l'eventuale procedimento di cui all'art. 30 del presente Accordo.
4. In caso che il medico svolga incarichi ai sensi del presente Capo in più posti di lavoro o in più Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.
5. Nessun compenso è dovuto al medico per i periodi di assenza di cui al presente articolo, i quali non sono conteggiati a nessun fine come anzianità di incarico.

## **ART. 85 - TRATTAMENTO ECONOMICO.**

---

**1. A far data dal 1 gennaio 2008 l'incremento disposto sull'onorario professionale di cui all'art. 85, comma 1 ACN 23 marzo 2005 è pari ad euro 0,99.**

**2. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 24,5% di cui il 14,16% a carico della azienda e il 10,34% a carico del medico. Tale aliquota decorre dall'1.1.2004.**

**3. Gli arretrati di cui alla tabella E dell'art. 9 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009. Gli adeguamenti contrattuali di cui alla tabella F dell'art. 9 devono essere effettuati entro giugno 2009 unitamente alla corresponsione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 1 saranno corrisposti entro ottobre 2009.**

**ART. 86 – RIMBORSO SPESE DI ACCESSO.**

---

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



**ART. 87 – PREMIO DI COLLABORAZIONE.**

---

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

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

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

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

#### **ART. 88 – PREMIO DI OPEROSITÀ.**

---

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione dell'incarico un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato; a tal fine non sono computati tutti i periodi di assenza dal servizio non retribuiti ai sensi del presente Capo.
2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.
3. Il premio di operosità è calcolato sul compenso orario di cui all'art. 85 **comma 1 ACN 23 marzo 2005**, sul premio di collaborazione, sull'indennità di piena disponibilità **nel limite di quanto già corrisposto ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005** e sull'assegno alla persona di cui all'art. 14, comma 1, lett. a2) dell'Allegato N DPR n. 270 del 2000, nonché in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al DPR n. 884/84 che qui si intendono integralmente richiamati.
4. Conseguentemente ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

## **ART. 89 – ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL'INCARICO.**

---

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

**ART. 90 – ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL’INCARICO.**

---

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

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

## **CAPO V**

### **L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

#### **ART. 91 – GENERALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE.**

---

1. Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, l'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente e in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e con l'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.5.96.
2. La Regione che si avvale di personale medico convenzionato per l'espletamento del servizio, utilizza medici incaricati sulla base di una graduatoria regionale di settore secondo quanto disposto dall'articolo 15 del presente Accordo.
3. Gli Accordi regionali definiscono le modalità organizzative del Servizio di Emergenza sanitaria convenzionata di cui al presente Accordo, sulla base di quanto definito dai successivi articoli del presente Capo.

## **ART. 92 – INDIVIDUAZIONE E ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI.**

---

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicarsi ai fini della successiva copertura.
2. Individuata la vacanza di incarico, l'Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria Territoriale, come individuati al precedente comma 1.
4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del DPR 270/2000 e dell'art. 96 del presente Accordo.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dai precedenti commi:
  - a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale di settore, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
  - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale di settore valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:
    - b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;
    - b2) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
    - b3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.
6. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 5 lett. a) sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.
7. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti ai medici di cui al comma 5, lettera b, gli stessi sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di settore vigente.

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

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

- a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale;
- b) l'anzianità di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, ancorché già computato nell'anzianità di cui alla lettera a).

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

11. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda già individuata per il personale dipendente lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza e nei DEA/PS.

12. 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.

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

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". Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico.

15. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

16. L'Azienda provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

17. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

18. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile, a cui il medico ha titolo in base alle priorità, tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.
19. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.
20. La Regione, sentito il comitato di cui all'art. 24 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.
21. Le Regioni, previa valutazione del fabbisogno di operatori, organizzano almeno una volta all'anno i corsi specifici di idoneità all'emergenza, definendone i relativi criteri di accesso e le modalità.
22. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.



## **ART. 93 – MASSIMALE ORARIO.**

---

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda, e comportano l'esclusività del rapporto.
2. L'azienda può conferire incarichi provvisori sulla base della graduatoria di settore vigente o, se esistente, della graduatoria aziendale di disponibilità.
3. 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. L'Azienda, per un massimo di mesi dodici può conferire incarichi provvisori ai sensi dell'art. 97 comma 4, per 38 ore settimanali. Eccezionalmente e comunque non oltre il 31 dicembre 2005 possono essere conferiti tali incarichi provvisori, anche a tempo parziale, per 24 ore settimanali; in tale caso lo svolgimento di altre attività compatibili comporta la riduzione di queste ultime in misura corrispondente all'eccedenza. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in relazione a obiettive difficoltà di organizzazione del Servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell'emergenza sanitaria territoriale.
5. L'orario complessivo dell'incarico a tempo parziale di cui al precedente comma e quello risultante da altre attività orarie compatibili non può superare le 38 ore settimanali.
6. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. Un ulteriore turno di servizio non può essere iniziato prima che siano trascorse 12 ore dalla fine del turno precedente.
7. Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attività continuativa può superare le 12 ore, ma mai comunque le 15 ore.
8. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi.
9. Nell'ambito degli accordi regionali, possono essere individuate le modalità organizzative e di collaborazione dei medici del 118 presso le strutture intramurarie aziendali dell' Emergenza-Urgenza, nelle quali essi operano.

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

---

1. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, a integrazione, nelle attività dei D.E.A./PS e aree afferenti con le collaborazioni di cui al comma 3, dell'articolo 95.
2. Il medico incaricato di emergenza sanitaria opera di norma nelle sottoelencate sedi di lavoro:
  - a) Centrali operative;
  - b) Postazioni fisse o mobili, di soccorso avanzato e punti di primo intervento;
  - c) PS/D.E.A.
3. Il Medico incaricato svolge la propria attività nel contesto del sistema di emergenza, organizzato secondo la normativa Nazionale in vigore in materia di emergenza sanitaria.
4. Le Regioni definiscono i canali informativi, le procedure e le modalità dell'aggiornamento continuo del Medico dell'emergenza, in materia di protocolli ed indirizzi Nazionali e Regionali del Sistema di Emergenza.
5. Le Regioni definiscono le modalità di partecipazione dei medici dell'emergenza alla programmazione del servizio, anche mediante incontri tecnici periodici tra i medici preposti, i responsabili delle centrali operative e i dirigenti Regionali preposti.

## **ART. 95 – COMPITI DEL MEDICO – LIBERA PROFESSIONE.**

---

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti retribuiti con la quota fissa oraria:
  - a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
  - b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR, previo svolgimento di apposito corso di formazione predisposto a livello regionale o aziendale;
  - c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;
  - d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.
2. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei successivi commi del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.
3. I medici di cui al precedente comma 1 possono inoltre, sulla base di appositi accordi regionali ed aziendali:
  - a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende Sanitarie e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda stessa facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;
  - b) essere utilizzati per attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;
  - c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio;
  - d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati.
4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e aggiornamento del personale sanitario.
5. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono essere attribuiti compiti di formazione e aggiornamento del personale medico, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.
6. Sulla base di apposita programmazione Regionale e Aziendale i medici dell'Emergenza possono partecipare, secondo accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.
7. Il medico addetto alla Centrale Operativa deve essere fisicamente presente al suo posto durante il turno di servizio.

8. Il medico in turno di servizio assistenziale deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.
9. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'art. 98.
10. Il medico incaricato per le attività di emergenza sanitaria territoriale può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
11. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 10.
12. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di emergenza sanitaria territoriale può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.

## **ART. 96 – IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA.**

---

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall'articolo precedente i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi.
2. Le Regioni formulano, sulla base della normativa vigente, il programma di un apposito corso di formazione della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico secondo le norme vigenti.
3. Le Aziende di norma quantificano entro il 30 giugno di ogni anno il proprio fabbisogno di personale medico da utilizzare, nell'anno successivo, per le esigenze complessive (incarichi, sostituzioni e reperibilità) dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro il 31 dicembre uno o più corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicità sul Bollettino Ufficiale Regionale.
4. Ai corsi partecipano, i medici già incaricati nei servizi di continuità assistenziale residenti nella stessa Azienda secondo l'anzianità di incarico; in carenza di medici disponibili possono partecipare ai corsi i medici incaricati di continuità assistenziale residenti in Aziende limitrofe, secondo l'anzianità di incarico.
5. In caso di mancanza di medici disponibili alla frequenza del corso di idoneità alle attività di emergenza sanitaria territoriale tra quelli aventi diritto ai sensi del comma 4, l'Azienda può ammettere al corso un numero di medici incaricati di continuità assistenziale in ambito regionale pari ai relativi posti vacanti e secondo l'anzianità di incarico. In caso di ulteriore carenza, ai corsi partecipano i medici residenti nella stessa Azienda secondo l'ordine della graduatoria regionale.
6. Qualora, dopo aver individuato gli aventi titolo ai sensi dei commi precedenti, sussista una ulteriore disponibilità di posti, questi vengono assegnati secondo l'ordine della graduatoria regionale.
7. Il corso si conclude con un giudizio di idoneità, o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende Unità Sanitarie Locali.
8. Nell'ambito degli accordi regionali sono definiti i criteri di accesso e modalità di partecipazione al corso.

## **ART. 97 – SOSTITUZIONI, INCARICHI PROVVISORI – REPERIBILITÀ.**

---

1. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio dell'Azienda la impossibilità di assicurare l'attività durante il turno previsto, qualora egli non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il responsabile della centrale operativa affinché, utilizzando la lista di cui al comma 13 provveda alla sostituzione.
2. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni previste dall'articolo 18, deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda con incarico provvisorio.
3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 92, l'Azienda può conferire incarichi provvisori, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 7. L'incarico provvisorio non può essere superiore a dodici mesi. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.
5. Alla scadenza dell'incarico di cui al comma 4, un ulteriore incarico potrà essere conferito dall' Azienda ad un altro medico a seguire e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità (ex comma 12, art. 15) o, in mancanza, di quella regionale di settore, ove vigente, di cui al presente Accordo. Esaurita la graduatoria, l'incarico potrà essere attribuito al medico precedentemente incaricato.
6. Per esigenze relative a importanti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze sperimentali, le aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo incarichi provvisori della durata massima di mesi sei, a medici inseriti nella graduatoria regionale in possesso dell'attestato di cui all'art. 92, comma 4.
7. Gli incarichi provvisori conferiti dall'Azienda ai sensi dei precedenti commi 4 e 6, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella vigente graduatoria in possesso dell'attestato di cui all'art. 92, comma 4, e secondo l'ordine delle stesse, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.
8. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al precedente comma 7.
9. Considerate le peculiarità del servizio di Emergenza Territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, l'azienda organizza, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi regionali, i turni di reperibilità dei medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale.
10. L'Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. I turni mensili di reperibilità eccedenti il numero di 4 vengono retribuiti mediante accordi regionali.

11. Ulteriori reperibilità, comprese quelle per le maxiemergenze, possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell'ambito del Servizio, previo accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

12. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può essere inferiore al rapporto di 1 reperibile per 6 medici in guardia attiva nel turno corrispondente. Sono fatti salvi eventuali differenti accordi regionali già in essere all'atto dell'entrata in vigore del presente Accordo.

13. L'Azienda Sanitaria Locale fornisce alla Centrale Operativa copia dell'elenco dei medici reperibili, comprensiva del relativo indirizzo e del recapito telefonico presso cui ciascuno può essere reperito ed i turni ad essi assegnati.

## **ART. 98 – TRATTAMENTO ECONOMICO – RIPOSO ANNUALE.**

---

1. **A far data dal 1 gennaio 2008 l'onorario professionale di cui all'art. 98, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 22,03 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente capo.**
2. Gli accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 95, commi 3, 4, 5, 6, nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle attività relative agli accordi medesimi.
3. Fatti salvi gli accordi regionali in essere, al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi esclusi i festivi, da fruirsi per 11 giorni a scelta da parte del medico e per i restanti 10 su indicazione dell'Azienda sulla base delle esigenze di servizio, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a tre volte l'impegno orario settimanale. Qualora sussistano eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale. Il periodo di riposo annuale è commisurato alla durata dell'incarico.
4. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, attribuite dall'Azienda temporaneamente e a garanzia della copertura del servizio, sono retribuite aggiuntivamente secondo le determinazioni previste dagli Accordi Regionali.
5. **Gli arretrati di cui alla tabella C dell'art. 9 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009. Gli adeguamenti contrattuali di cui alla tabella D dell'art. 9 devono essere effettuati entro giugno 2009 unitamente alla corresponsione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 1 saranno corrisposti entro ottobre 2009.**



**ART. 99 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO.**

---

1. Su tutti i compensi di cui all'art. 98 comma 1 l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del **16,5%** di cui il **10,375%** a proprio carico e il **6,125%** a carico del medico. Tale aliquota decorre dall'**1.1.2008**.

**1 bis.** Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente articolo possono optare a partire dal **1 gennaio 2009** per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il **31 gennaio**. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

2. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico di cui al presente articolo per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.lgs. n. 151/2001 l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un contributo dello **0,36%** sull'ammontare dell'onorario professionale di cui all'art. 98, comma 1 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, a decorrere dal **31 dicembre 2009** l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma è pari allo **0,72%** dei compensi di cui all'art. 98, comma 1.

**2 bis.** L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma 2 costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

3. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché in occasione dello svolgimento di attività intra-moenia ai sensi dell'art. 95 del presente Accordo.

4. La copertura assicurativa di cui al comma 3 è estesa anche ai danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.

5. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:  
a) **775.000 Euro** per morte od invalidità permanente;

- b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi accordi regionali.
6. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo.
7. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria attività professionale di istituto.
8. Gli Accordi regionali disciplinano la copertura assicurativa RCT del medico di emergenza sanitaria territoriale, da parte delle Aziende. L'eventuale estensione della copertura assicurativa per colpa grave è a carico del medico.

**ART. 100 – INQUADRAMENTO IN RUOLO.**

---

1. Le Regioni possono attivare i meccanismi per l'inquadramento nel ruolo sanitario della dirigenza medica dei medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 92 del presente Accordo, e sulla base del disposto dell'art. 8, comma 1bis del D.lgs. 502 del 30/12/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché del DPCM 8 marzo 2001.

## **NORME FINALI**

### **NORMA FINALE N. 1**

---

1. I medici che alla data di entrata in vigore del presente Accordo risultano iscritti negli elenchi dell'assistenza primaria o siano titolari di rapporto convenzionale orario a tempo indeterminato con le Aziende, sono confermati nel rapporto convenzionale, fatti salvi il possesso dei requisiti prescritti e l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità.

2. I medici incaricati ai sensi del D.P.R. n. 41/91 e confermati in forza dell'art. 8, comma 1 bis, del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e i medici incaricati a tempo indeterminato in base all'assegnazione delle zone carenti di continuità assistenziale, sono confermati e utilizzati in modo integrato nell'ambito delle funzioni di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale di cui ai capi III e V.

## **NORMA FINALE N. 2**

---

1. Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'articolo 16, comma 7, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio, previa presentazione, unitamente alla relativa domanda di assegnazione dell'incarico, del titolo di formazione specifica, con l'attribuzione del relativo punteggio.

**NORMA FINALE N. 3**

---

1. Ai fini del calcolo del rapporto ottimale, i medici ex-associati concorrono, a tutti gli effetti e non in soprannumero, alla determinazione del numero di medici iscrivibili negli elenchi della assistenza primaria, così come definito all'articolo 33, comma 7 e all'Allegato B del presente Accordo.

#### **NORMA FINALE N. 4**

---

1. Gli accordi regionali disciplinano le modalità con cui gli studi associati con personalità giuridica di medici di assistenza primaria possono concordare con l'Azienda l'attribuzione allo stesso studio associato di una parte della retribuzione convenzionale dei propri medici, fermi restando gli obblighi di contribuzione ENPAM sull' ammontare complessivo dei compensi di ogni singolo professionista.

## **NORMA FINALE N. 5**

---

1. Ai medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94 è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale da parte delle Aziende nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 e di quelle di disponibilità di cui al comma 12 dello stesso articolo del presente Accordo ed ai medici di cui alla norma transitoria n. 4 e n. 7 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.
2. A tal fine i medici interessati inviano, alle Aziende, apposita domanda di inserimento in un elenco separato, specificando il possesso dei requisiti idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.
3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.



**NORMA FINALE N. 6**

---

1. I medici di continuità assistenziale titolari di rapporto a tempo indeterminato che siano anche incaricati in attività orarie aggiuntive distrettuali conservano tale attività in deroga a quanto previsto dall'art. 63, comma 2 fino a che le singole situazioni soggettive restino immutate e/o non insorgano eventuali nuovi assetti organizzativi.

**NORMA FINALE N. 7**

---

1. Nei confronti dei medici iniettori e prelevatori di cui all'Accordo collettivo nazionale del 22 dicembre 1978, titolari di incarico alla data di entrata in vigore del presente Accordo, è riconosciuta per intero l'anzianità di servizio maturata senza soluzione di continuità anteriormente alla data del 22 novembre 1979 presso i disciolti Enti mutualistici.

## **NORMA FINALE N. 8**

---

1. Tra i compiti affidati dal presente accordo ai medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria non rientrano le funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria.

## **NORMA FINALE N. 9**

---

1. Le ore effettuate in reperibilità domiciliare fino alla data di entrata in vigore del presente Accordo sono valutabili ai fini delle graduatorie regionali con il punteggio di cui all'art. 16, comma 1, titoli di servizio, lettera d).

## **NORMA FINALE N. 10**

---

1. I medici dei servizi territoriali che alla data dell'entrata in vigore **dell'ACN 23 marzo 2005 erano** titolari anche di incarico orario nell'ambito della medicina specialistica ambulatoriale, mantengono il doppio incarico nel limite massimo di 38 ore settimanali complessive e cumulative.
2. La compatibilità di cui al comma precedente cessa al mutare delle condizioni soggettive riferibili agli incarichi convenzionali.

## **NORMA FINALE N. 11**

---

1. In coerenza con il disposto dell'art. 5, lettera g) e dell'art. 6, lettera g) del presente Accordo, la formazione dei Collaboratori di studio è riconosciuta essere una priorità ad alto valore aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale ed un investimento strategico per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale nei confronti dei cittadini.
2. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere previste iniziative volte a realizzare l'attività di cui al comma 1, anche mediante definizione di linee guida contenutistiche di livello nazionale o regionale volte a realizzare una formazione specifica del personale di studio tale da rendere gli addetti sempre più qualificati e funzionali allo sviluppo delle attività dei medici di famiglia nel Servizio Sanitario Nazionale.

**NORMA FINALE N. 12**

---

Le parti concordano che la verifica della struttura del compenso per la riformulazione dello stesso come previsto dall'atto di indirizzo dei medici di cui al Capo IV del presente accordo deve concludersi entro il 31.12.2005.

**NORMA FINALE N. 13 (SOPPRESSA)**

---



**NORMA FINALE N. 14 (SOPPRESSA)**

---

**NORMA FINALE N. 15**

---

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

**NORMA FINALE N. 16**

---

**In ottemperanza al combinato disposto dell'art. 46, comma 1 D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e dell'art. 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 la SISAC fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme interpretazione delle clausole contrattuali sentite le OO.SS. firmatarie del presente accordo.**

1. I contenuti del presente articolo rappresentano altrettanti impegni che le parti decidono di assumere con la sottoscrizione di questo accordo e di recepire per la loro concreta applicazione nel prossimo accordo relativo al biennio 2008/2009. In particolare si conviene di precisare già in questo accordo che le finalità cui devono essere destinate le risorse del prossimo biennio economico 2008/2009 sono quelle richiamate ai commi 2, 3 e 4 del presente articolo.
2. Tutte le risorse disponibili per il rinnovo del secondo biennio economico 2008/2009 dovranno essere finalizzate al potenziamento dei processi di riorganizzazione ed integrazione. A tal fine le risorse di competenza del 2008 saranno erogate solo a partire dal 1 gennaio 2009 congiuntamente a quelle di competenza del 2009. Le suddette risorse vengono utilizzate per garantire:
  - a) il processo di perfezionamento degli accordi integrativi regionali, prevedendo meccanismi di garanzia che coinvolgano il livello di rappresentanza nazionale di parte pubblica e sindacale;
  - b) la definizione di istituti che assicurino il riconoscimento dell'impegno professionale graduato per livello di complessità in un'ottica di uniformità dell'assistenza tra le regioni.
3. Gli obiettivi da perseguire col prossimo Accordo sono rappresentati in particolare da quelli elencati di seguito:
  - a) per quanto riguarda gli obiettivi generali, si sottolinea l'esigenza di procedere verso la individuazione di forme di collaborazione tra il medico di medicina generale, i pediatri di libera scelta e lo specialista ambulatoriale, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;
  - b) per quanto riguarda gli obiettivi specifici, si richiamano i seguenti:
    - miglioramento dell'accesso agli ambulatori di medicina generale e di pediatria di libera scelta e ai poliambulatori specialistici pubblici, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;
    - potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore su 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
    - potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica che in età adulta;
    - coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.
4. Oltre agli obiettivi indicati al precedente comma 3, le parti convengono che nel prossimo accordo si debbano affrontare tra l'altro anche i seguenti aspetti:

- la revisione delle modalità e della struttura del compenso del medico, anche in relazione alle nuove unità complesse delle cure primarie;
- la partecipazione della specialistica ambulatoriale ai protocolli operativi della continuità dell'assistenza H 24;
- la definizione degli standard nazionali in ordine al sistema informativo, con particolare riferimento alla scheda sanitaria;
- l'approfondimento del flusso informativo che collega i medici convenzionati con le aziende sanitarie;
- la revisione della normativa contrattuale vigente al fine di renderla coerente con i nuovi assetti organizzativi;
- la revisione della costituzione e del funzionamento degli organismi regionali e aziendali nei quali è prevista la presenza delle Organizzazioni Sindacali.
- l'adeguamento dei meccanismi di certificazione della rappresentatività e dei diritti sindacali.

## **NORMA FINALE N. 18**

---

**1. Le disposizioni degli artt. 26 e 54 dell'ACN 23 marzo 2005, così come precisato all'ultimo capoverso del comma 2 dell'art. 26 ter del presente accordo, cessano e non trovano applicazione per i soli medici che entrano a far parte delle Unità Complesse delle Cure Primarie.**