

Gazzetta Ufficiale n. 230 del 02-10-2000

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n. 270

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto l'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante norme per la disciplina del rapporto fra il Servizio sanitario nazionale e i medici di medicina generale, da instaurarsi attraverso apposita convenzione di durata triennale conforme all'accordo collettivo nazionale stipulato con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale;

Visto l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, che individua la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardante il personale sanitario a rapporto convenzionale;

Visto il provvedimento n. 706 del 18 giugno 1999, della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di nomina della delegazione di parte pubblica;

Visto l'articolo 17, comma 1, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, così come modificata e integrata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83 recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati;

Preso atto che è stato stipulato, in data 9 marzo 2000, un accordo collettivo nazionale regolante il trattamento normativo ed economico dei medici di medicina generale, sottoscritto in pari data dalla delegazione di parte pubblica e dai sindacati F.I.M.M.G., S.N.A.M.I. e intesa sindacale S.U.M.A.I. - S.I.M.E.T. - C.I.S.L. Medici/C.O.S.I.M.E.;

Visto il parere n. 106/1991 del 12 settembre 1991 con il quale il Consiglio di Stato, in adunanza generale, ha precisato che gli accordi collettivi nazionali per il personale sanitario a rapporto convenzionale sono resi esecutivi su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 4 maggio 2000;

Considerato che i rilievi espressi dal Consiglio di Stato appaiono superabili, anche alla luce dei provvedimenti di attuazione della delega di cui all'articolo 10, comma 1, secondo periodo, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 luglio 2000;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro della sanità;

EMANA il seguente regolamento:

Art. 1.

1. E' reso esecutivo l'accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, stipulato il 9 marzo 2000, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 28 luglio 2000

CIAMPI

AMATO, Presidente del Consiglio dei Ministri

VERONESI, Ministro della sanità

Visto, il Guardasigilli: FASSINO

Registrato alla Corte dei conti il 18 settembre 2000

Atti di Governo, registro n. 121, foglio n. 11.

-----  
ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE, AI SENSI DELL'ART. 1 DELLA LEGGE N. 421/92 E  
DELL'ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 502/92, COME MODIFICATO DAI  
DECRETI LEGISLATIVI N. 517/93 E N. 229/99, SOTTOSCRITTO IL 9 marzo 2000.

Dichiarazione Preliminare.

Il riordino del Servizio Sanitario nazionale, avviato dai decreti legislativi 30 dicembre 1993, n. 517 e 29 giugno 1999, n. 229, comporta una riorganizzazione complessiva dell'area dalla medicina generale ed accentua il ruolo delle Regioni, delle Aziende e delle organizzazioni sindacali nelle loro diverse articolazioni territoriali per stimolare la crescita di una dinamica innovativa che migliori la qualità dell'assistenza e che contribuisca allo sviluppo di una cultura e di un modo di operare teso all'uso appropriato dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Il medico di medicina generale è parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva e opera a livello distrettuale per l'erogazione delle prestazioni demandategli dal Piano sanitario nazionale, come livelli di assistenza da assicurare in modo uniforme a tutti i cittadini, nell'ambito dei principi e secondo le modalità scaturite dalla programmazione regionale, dal presente accordo e dagli accordi regionali da stipulare ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato.

La sua valorizzazione e il suo responsabile impegno costituiscono strumenti fondamentali da utilizzare per la realizzazione di obiettivi tesi a coniugare qualità e compatibilità economica.

Il presente accordo regola oltre che l'assistenza di medicina generale un contesto di continuità e globalità, anche aspetti relativi al coinvolgimento del medico nella organizzazione distrettuale ed alla sua partecipazione alle attività delle aziende, mirate ad una più appropriata definizione dell'intervento sanitario, sensibile alle sollecitazioni che provengono da ampi strati della popolazione coinvolti in problematiche che afferiscono ai diversi settori della pubblica amministrazione.

E' quindi necessario uno strumento che abbia una doppia caratterizzazione nel senso che da una parte garantisca certezza di tutela sanitaria dall'altra sia flessibile ed adattabile alle esigenze mutevoli della collettività.

In questo scenario in divenire l'accordo tenta di consolidare ulteriormente la struttura della medicina generale e di aprire nuove strade alla creatività organizzativa delle istituzioni e delle rappresentanze sociali che operano nell'area, affrancandole da uno schematismo convenzionale tradizionalmente rigido.

Da tale contesto è esaltato e sollecitato il ruolo innovativo delle Regioni, cui vengono affidati, attraverso la possibilità di promuovere e stipulare appositi accordi, ampi ed esclusivi spazi di contrattazione in merito a:

- forme e modalità di organizzazione di lavoro e di erogazione delle prestazioni, quali l'associazionismo medico, i processi assistenziali per protocolli correlati alle patologie sociali, gli interventi specifici per la popolazione anziana al proprio domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività, l'assistenza sanitaria aggiuntiva e strutturata a tossicodipendenti, malati di AIDS, malati mentali. A queste possibilità si aggiungono quelle per le procedure di verifica della qualità dell'assistenza per lo svolgimento dell'attività di ricerca epidemiologica, per la didattica, per l'acquisizione di dati sanitari, per l'attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale e presidi delle Aziende sanitarie anche attraverso il collegamento tra studi professionali e centri unificati di prenotazione;

- economicità della spesa. Nell'ambito dei principi ispiratori della più recente e fondamentale produzione giuridica in materia sanitaria, a partire dal riordino del Servizio Sanitario Nazionale, una particolare attenzione è dedicata alla previsione di modalità per concordare livelli di spesa programmati e per responsabilizzare il medico al loro rispetto. L'accordo segna il punto di passaggio da una sperimentazione lasciata alla spontaneità degli interessati alla indicazione di una serie di criteri guida come principi di riferimento nella stipulazione delle intese.

L'accordo tende a superare la frammentazione della medicina generale in comparti categoriali separati da fonti normative diverse, unificando l'area e consentendo, di conseguenza, di disciplinarla in una visione unitaria, obiettivo necessitato anche dalla entrata in vigore dal 1 gennaio 1995 della nuova disciplina sull'accesso alla medicina generale esercitata nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per la quale è stato compiuto lo sforzo di superare l'attuale difficile fase di transizione da un libero sistema d'accesso ad un sistema nazionalizzato dai decreti legislativi n. 256/91 e n. 368/99 fondato su un processo formativo professionalmente specifico.

Nell'accordo ai principi ed istituti che riguardano la generalità dei medici di medicina generale si affiancano le parti dedicate alla medicina primaria da mettere a disposizione di tutti i cittadini, alla garanzia della assistenza continuativa nelle 24 ore giornaliere, ad una risposta professionale

qualificata al verificarsi di una situazione di emergenza, alla predisposizione di uno strumento snello per eventuali attività di medicina generale da espletare nei servizi distrettuali ed, infine, agli ambiti rimessi alla contrattazione regionale.

E' da sottolineare che viene ribadita ed ulteriormente disciplinata, nella parte relativa all'impegno nelle attività di emergenza sanitaria territoriale, la precedente disciplina già prevista all'interno del D.P.R n. 484/96, prevedendo un sistema di programmazione aziendale dei corsi di formazione dei medici strettamente legato al fabbisogno dell'azienda stessa, in modo da creare risorse di personale qualificato effettivamente utilizzabili.

In questo senso l'accordo può, anche, costituire un utile strumento, per realizzare le "Linee guida per l'emergenza sanitaria territoriale", d'iniziativa del Ministro della Sanità, nella parte riguardante la rete territoriale di servizi per l'emergenza sanitaria.

L'esigenza di realizzare il monitoraggio delle iniziative e la loro valutazione, su tutto il territorio nazionale, è stata soddisfatta con la previsione di un "Osservatorio nazionale" presso il Ministero della Sanità nel quale tutti i soggetti coinvolti possano trovare, oltre che un riferimento chiarificatore di problematiche applicative, che saranno certamente presenti per la novità di tanti istituti, anche una sede ove possa svilupparsi il confronto tra i vari soggetti interessati e l'osservazione degli accordi regionali e dei loro risultati e promuovere e supportare con il coinvolgimento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, l'avvio delle trattative e la relativa conclusione degli Accordi regionali.

L'Accordo, inoltre, attua i principi affermati sotto vari profili dal Decreto Legislativo n. 229/99 che prevede specifiche norme per:

- a) riaffermare la globalità dell'intervento sul territorio a livello distrettuale, attraverso la predisposizione da parte delle Aziende del "Programma delle attività distrettuali" e l'inserimento nello stesso di tutte le attività concernenti la medicina generale;
- b) la partecipazione in via sperimentale fino a che le Regioni non avranno approvato le nuove leggi di organizzazione delle Aziende sulla base dei principi del Decreto Legislativo 229/99, alle équipes territoriali multidisciplinari per valutazioni multidimensionali delle necessità assistenziali e la selezione del trattamento più idoneo;
- c) il coinvolgimento del medico di medicina generale nelle problematiche distrettuali concernenti la sua partecipazione attiva al monitoraggio delle relative attività e alla osservazione degli aspetti gestionali relativi all'uso delle risorse assegnate al distretto;
- d) lo sviluppo della funzione di verifica dell'appropriatezza nell'uso delle risorse assegnate al distretto e la regolamentazione dell'intervento nei casi di inosservanza delle indicazioni della Commissione Unica del Farmaco;
- e) la disciplina della libera professione prevedendo i casi in cui essa è consentita, le sue limitazioni ed i connessi obblighi del medico;
- f) la nuova piscina della formazione professionale basata sulla previsione di crediti formativi obbligatori e degli effetti in caso di mancato conseguimento;
- g) l'adeguamento della struttura del compenso alla previsione del decreto legislativo 229/99, prevedendo una quota fissa per i compiti tradizionali del medico di medicina generale, una quota

variabile, corrisposta come investimento per lo sviluppo della medicina territoriale, destinata a promuovere la pratica dell'associazionismo, l'uso del collaboratore ed infermiere di studio, l'informatizzazione dello studio professionale con obbligo di gestione della scheda sanitaria e stampa delle prescrizioni, ed una ulteriore quota variabile per lo svolgimento di attivita' ed erogazione di prestazioni finalizzate a realizzare compiutamente gli obbiettivi della programmazione nazionale, regionale ed aziendale.

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettivita', il S.S.N., demanda al medico convenzionato per la medicina generale compiti di medicina preventiva individuale e familiare, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.

A Tal fine, al medico della medicina generale - che e' parte attiva, qualificante e integrante del S.S.N., nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia - sono affidati in una visione promozionale nei confronti della salute, compiti di:

A. Assistenza primaria, anche nell'ambito familiare, con l'impostazione di un programma diagnostico e terapeutico ed eventualmente riabilitativo facendo ricorso a tutti i supporti che la tecnologia offre.

B. Assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettivita', che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o ammalati cronici, di pazienti dimessi dagli ambulatori di ricovero e di pazienti in fase terminale, coordinando l'assistenza domiciliare.

C. Continuita' assistenziale, compresa l'emergenza sanitaria territoriale, onde garantire in maniera permanente la globalita' dell'assistenza primaria. Tale continuita' si realizza anche attraverso l'integrazione con altri sevizi e presidi distrettuali ed ospedalieri e con l'utilizzazione di sistemi informativi per la fornitura di dati necessari per il buon andamento del servizio in termini di efficacia ed afficienza.

D. Educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale, che ha come obbiettivi la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria. Al medico di medicina generale possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale da espletare nel proprio ambulatorio ovvero secondo orari predeterminati nell'ambito dei servizi e presidi direttamente gestiti dalla Azienda.

E. Ricerca, sia in campo clinico che epidemiologico, e didattica, sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione.

Il medico di medicina generale partecipa alle procedure di verifica della qualita' delle prestazioni, alla individuazione e al perseguimento degli obbiettivi del distretto e alla elaborazione di linee guida volte anche all'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

## CAPO I PRINCIPI GENERALI

Art. 1 - Campo di applicazione.

1. La presente convenzione nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30.12.1999 n. 502 e successive modificazioni il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato che si instaura per le Aziende unita' Sanitarie locali - di seguito denominate Aziende - ed i medici di medicina generale, per lo svolgimento dei compiti e delle attivita' relativi ai settori di:

- a) assistenza primaria di medicina generale;
- b) continuita' assistenziale;
- c) attivita' territoriali programmate;

in un quadro normativo di responsabilizzazione del medico di medicina generale per la tutela della salute dei cittadini che lo hanno scelto.

Essa regola inoltre, secondo le disposizioni del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia, le attivita' di:

- a) medicina dei servizi;
- b) emergenza sanitaria territoriale.

2. La presente convenzione nazionale definisce le attivita' assistenziali correlate ai livelli essenziali e uniformi di assistenza indicati dalla programmazione sanitaria nazionale e aziendale.

3. Individua, inoltre, gli ambiti di contrattazione rimessi alla trattativa regionale e a quella Regionale.

4. Il rapporto di lavoro di cui al comma 1 puo' essere instaurato da parte delle Aziende solo con i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8.8.1991, n. 256 e del 17/8/1999 n. 368.

## Art. 2 - Graduatoria regionale

1. I medici da incaricare per l'espletamento delle attivita' disciplinate dal presente accordo sono tratti da una graduatoria unica generale per titoli, predisposta annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanita'. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione della graduatoria.

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

- a) iscrizione all'albo professionale;
- b) essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8.8.1991, n. 256 e del 17/8/1999 n. 368.

3. Ai fini dell'inclusione della graduatoria annuale i medici devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'assessorato alla sanita' della regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attivita', una domanda conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il

possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

4. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.

5. Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria o autocertificazione o dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

6. La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.

7. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, predispone una graduatoria regionale da valere per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito, la residenza ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo del 8.8.1991, n. 256 e al Decreto Legislativo del 17/8/1999 n. 368.

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

9. La graduatoria regionale è approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla sanità.

Art. 3 - Titoli per la formazione delle graduatorie.

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

I - Titoli accademici e di studio:

- a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e lode: p. 1,00
- b) diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109: p. 0,50
- c) diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104: p. 0,30
- d) specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni per ciascuna specializzazione o libera docenza: p. 2,00
- e) specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni per ciascuna specializzazione o libera docenza: p. 0,50
- f) attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art 2, comma 2, del decreto legislativo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del decreto legislativo 368/99: p. 7,20

II - Titoli di servizio

- a) Attività di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92 compresa quella svolta in qualità di associato per ciascun mese complessivo: p. 0,20

Il punteggio e' elevato a 0,30 per l'attivita' nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

b) attivita' di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a piu' di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attivita' sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c) per ciascun mese complessivo: p. 0,20

c) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuita' assistenziale in forma attiva per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attivita': p. 0,20 (Per ciascun mese solare non puo' essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore);

c1) servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale per ogni mese di attivita': p. 0,20

c2) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi per ogni mese di attivita' ragguagliato a 96 ore di attivita': p. 0,20

c3) servizio effettivo nelle attivita' territoriali programmate per ogni mese di attivita' corrispondente a 52 ore: p. 0,10

d) attivita' programmata nei servizi territoriali di continuita' assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilita', ai sensi del presente accordo: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attivita': p. 0,05

e) attivita' medica nei servizi di assistenza stagionale nelle localita' turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

f) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualita' di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese: p. 0,10.

Tale punteggio e' elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva e' svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico;

f1) servizio civile volontario espletato per finalita' e scopi umanitari o di solidarieta' sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo, per ciascun mese: p. 0,10

g) attivita' anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi per ciascun mese complessivo: p. 0,10

h) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanita' per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: per ciascun mese: p. 0,05



i) astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della medicina generale (fino ad un massimo di mesi cinque) per ciascun mese: p. 0,20 Tale punteggio e' elevato a 0,30 al mese se l'astensione per gravidanza e puerperio e' concomitante ad incarico di medicina generale a tempo indeterminato nella regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento.

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio le frazioni di mese superiori a 15 giorni anche non continuativi (pur con le limitazioni di cui al precedente comma 1, titoli di servizio, lettera b) sono valutate come un mese intero.

Relativamente al servizio di guardia medica e continuita' assistenziale di cui al capo III, alla medicina dei servizi e alle attivita' programmate di cui al Capo IV del presente accordo, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un complessivo di ore di attivita' superiore a 48.

3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attivita' svolte nello stesso periodo. In tal caso e' valutato il titolo che comporta il punteggio piu' alto. Le attivita' di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.

4. A parita' di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, il voto di laurea, l'anzianita' di laurea e, infine, la minore eta'.

5. Non sono valutabili attivita' che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

6. Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuita' assistenziale rilevati, secondo le procedure di cui al presente Accordo, nel corso dell'anno 2000, le Regioni, fatto salvo il disposto di cui all'art. 20, comma 4, lettera a), e dell'art 49, comma 2, lettera a), riservano nel proprio ambito, sulla base di un accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale:

a - una percentuale variabile dal 60% al 80% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art 2, comma 2, del Decreto Legislativo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al decreto legislativo n. 368/99;

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

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

8. Gli aspiranti alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti e degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione di cui al precedente comma 6, fatto salvo il disposto di cui al comma 7.

9. Ai fini del disposto del precedente comma 8, gli aspiranti alla assegnazione degli incarichi vacanti o degli ambiti territoriali carenti dichiarano, all'atto della relativa domanda, la riserva per la quale intendono concorrere.

10. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al precedente comma 6 sono approssimati alla unita' piu' vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva piu' bassa.

#### Art. 4 - Incompatibilita'.

1. Ai sensi dell'art. 4, comma 7 della legge 30.12.1991, n. 412 e' incompatibile con lo svolgimento delle attivita' previste dal presente accordo il medico che:

- a) sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, ad eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.1999, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.1993, n. 296;
- b) eserciti attivita' che possano configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o partecipante di quote di imprese che esercitino attivita' che possano configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;
- c) svolga attivita' di medico specialista ambulatoriale convenzionato o accreditato;
- d) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;
- e) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo n 502/92 e successive modificazioni.

2. E inoltre, incompatibile il medico che:

- a) svolta funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta;
- b) fruisca del trattamento ordinario o per invalidita' permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- c) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o che abbiano rapporti contrattuali con aziende ai sensi dell'art 8-quinquies del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni; tale incompatibilita' opera nei confronti dei medici che svolgono attivita' presso gli stabilimenti termali solo nei confronti dei propri assistiti, e determina le conseguenti limitazioni del massimale;
- d) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni;
- e) sia iscritto o frequenti il corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e al Dl.vo n. 368/99;
- f) sia iscritto o frequenti i corsi di specializzazione di cui ai decreti legislativi n. 257/91 e n. 368/99;
- g) fruisca di trattamento di quiescenza a qualsiasi titolo. Tale incompatibilita' non opera nei confronti dei medici che sono in tale condizione alla data di pubblicazione del presente Accordo, di quelli previsti al comma 7 dell'art. 25 e di quelli che fruiscono del trattamento di quiescenza del solo fondo generale dell'ENPAM.

3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente sensi del D.L.vo n. 626/94 fermo quanto previsto dall'art. 25 in tema di limitazione di massimale, non puo' acquisire scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi, fatte salve le scelte gia' in essere.

4. Non e' consentito ai medici convenzionati ai sensi del presente Accordo di detenere piu' di due rapporti convenzionali tra quelli da esso previsti.

5. La sopravvenuta, contestata e accertata insorgenza di una delle limitazioni di compatibilita' previste dal presente articolo comporta, sulla base delle procedure di cui al successivo articolo 16, la cessazione del rapporto convenzionale.

6. La Azienda dispone, mediante i propri servizi ispettivi i controlli idonei ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilita', anche in corrispondenza della comunicazione del medico di cui all'art. 7, commi 1 e 2 del presente Accordo.

7. L'accertata situazione di incompatibilita' deve essere contestata al medico titolare di incarico non oltre 30 giorni dal suo rilievo, ai sensi di quanto disposto dal successivo articolo 16.

8. La eventuale situazione di incompatibilita' a carico del medico incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 2, deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente o incarico vacante.

Art. 5 - Sospensione del rapporto dell'attivita' convenzionale.

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

a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 16;

b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art. 9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;

c) per tutta la durata del Servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonche' nei casi di servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;

d) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 16 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo n. 502/99 e successive modificazioni che abbiano durata complessiva superiore a 30 giorni consecutivi;

e) in caso di emissione, da parte delle Autorita' Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della liberta' personale quali arresti domiciliari, custodia cautelare sia in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attivita' convenzionate o nel territorio dell'Azienda che impediscano il corretto svolgimento dell'attivita' convenzionata di studio e domiciliare;

f) partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarieta' sociale.

2. Il medico e' sospeso dalle attivita' di medicina generale:

a) in caso di malattia o infortunio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;

b) in corso di gravidanza e puerperio, per tutto il periodo di astensione obbligatoria previsto dalla legge;

c) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del medico di incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi nel Distretto a tempo pieno, ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso.

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

a) allattamento;

b) adozione di minore;

c) assistente a minori conviventi non autosufficienti;

d) assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilità pari al 100% e titolari di indennità di accompagnamento.

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

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

6. I rapporti economici tra medico sostituito e sostituto nei casi di cui al comma 3, sono regolati secondo l'Allegato C del presente Accordo proporzionalmente alla parte temporale di attività del medico sostituito.

7. Nei casi previsti dal comma 1 il medico deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda secondo le modalità stabilite dall'art. 23 comma 6, dall'art. 55, comma 2, dall'art. 67, comma 3 e dall'allegato N, art. 10.

8. Nei casi previsti dai commi 2 e 3 il medico deve farsi sostituire seguendo le modalità previste dall'art. 23, comma 1, dall'art. 55, comma 1, dall'art. 67 e dall'allegato N, art. 10.

9. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1, lettera e) e' sospeso contemporaneamente ai sensi del comma 1 lettera b), conserva, fino a sentenza di primo grado in caso di sospensione in seguito a provvedimento dell'autorità giudiziaria, il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/2 dell'ultima mensilità mandata prima del provvedimento di sospensione.

10. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1 lettera e), dalla data di condanna di primo grado a quella di secondo grado, conserva il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/3 dell'ultima mensilità relativa alla quota fissa del compenso percepita prima del provvedimento di sospensione relativa al provvedimento in atto.

11. I compensi di cui ai commi 9 e 10 sono erogati fatta salva l'azione di rivalsa in caso di condanna passata in giudicato e di conferma della sospensione dall'incarico.

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

13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneita' di efficacia in tutte le sedi di attivita' del medico, anche di Aziende diverse.

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

Art. 6 - Cessazione del rapporto convenzionale.

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

a) per compimento del 65o anno di eta', fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del Decreto Legislativo n. 229/99, che e' facolta' del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65o anno di eta' in applicazione dell'art. 16 del decreto legislativo 33/12/92, n.503;

b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 16;

c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso;

d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di gravi motivi di incompatibilita' ai sensi dell'art. 4:

e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 22;

f) per incapacita' psico-fisica a svolgere l'attivita' convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei medici componete per territorio.

2. L'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente accordo e dagli accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso, e l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalita' stabilite dal presente Accordo, contestati secondo le procedure previste dall'articolo 16, comporta il venir meno del rapporto col Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 8 comma 1, lettera c, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni;

3. Il medico che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di assistenza primaria non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 150 unita', decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento e adottato dalla competente azienda, sentiti l'interessato e il comitato di cui all'art. 11.

4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2 nonche', nel caso di cui al punto e) del comma 1, il medico puo' presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione.

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

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

Art. 7 - Comunicazioni del medico all'Azienda.

1. Il medico di medicina generale e' tenuto a comunicare sollecitamente alla Azienda competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui al precedente art. 2, o con la dichiarazione di cui al comma successivo nonche' l'insorgere di situazioni di incompatibilita' previste dall'art. 4 al fine di regolarizzare la propria posizione individuale.

2. In ogni caso la Azienda competente puo' richiedere al medico una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilita', le limitazioni del massimale e gli aspetti economici (v. allegato "L"). Il medico nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non e' tenuto a inviare la richiesta dichiarazione, salvo quella richiesta per la prima volta dopo la pubblicazione dell'accordo nazionale.

3. Salve modalita' diverse concordate a livello regionale, in caso di astensione dall'attivita' assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, il medico convenzionato e' tenuto a comunicare alla Azienda l'eventuale non adesione all'agitazione prima delle 24 ore precedenti l'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma.

4. Tale comunicazione non e' dovuta, da parte dei medici iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:

a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente ACN;

b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

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

6. La trattenuta dei compensi di cui al comma 5 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

7. Il medico iscritto ad un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 3.

Art. 8 - Formazione continua

1. La formazione continua del medico di medicina generale comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente come definite dall'art. 16 bis, commi 1 e 2 del decreto legislativo n.502/92, come successivamente modificato.

2. L'aggiornamento professionale, come definito dall'articolo su citato, e' l'attivita' successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali.

3. La formazione permanente comprende le attivita' finalizzate a migliorare le competenze ed abilita' cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

4. Il medico di medicina generale partecipa alle iniziative formative programmate e organizzate dalle Regioni, sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuate dalla "Commissione nazionale per la formazione continua" e degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale definiti dalle Regioni stesse, secondo quanto stabilito dall'art. 16-ter del su richiamato decreto legislativo.

5. Al medico di medicina generale sono assegnati crediti formativi secondo i criteri definiti dalla "Commissione nazionale per la formazione continua" e dalle norme vigenti.

6. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 1, del suddetto decreto legislativo, la partecipazione alle attivita' di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attivita' di medico di medicina generale ai sensi del presente Accordo.

7. Ai sensi dell'art 16-quater, comma 2, del decreto legislativo gia' citato, al medico di medicina generale che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale non possono essere assegnate nuove scelte fino al conseguimento di detto minimo formativo.

8. Il medico e' tenuto a frequentare obbligatoriamente i corsi destinati a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio. Il venir meno a tale obbligo per due anni consecutivi comporta la attivazione delle procedure di cui all'art. 16 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuita' dell'assenza.

9. Ai sensi dell'art 16-ter, comma 3, del decreto legislativo n.502/92 come successivamente modificato, le Regioni:

a) prevedono appropriate forme di partecipazione degli ordini professionali;

b) provvedono alla programmazione e all'organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;

c) concorrono alla individuazione degli obiettivi di interesse nazionale indicati dal comma 2 dell'articolo gia' citato;

d) elaborano gli obiettivi di specifico interesse regionale e accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale.

10. Le Aziende provvedono alla attuazione ed organizzazione dei corsi prevedendo:

- a) idonee modalita' per la rilevazione dei bisogni dei medici;
- b) lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi;
- c) la partecipazione di medi e piccoli gruppi anche integrati con altre figure professionali;
- d) appropriate modalita' per la valutazione della qualita' dei corsi;
- e) idonee modalita' per la valutazione formativa dei partecipanti, in adesione ai criteri di certificazione della qualita' e di acquisizione dei crediti formativi.

11. I temi della formazione obbligatoria saranno scelti nel rispetto delle indicazioni della "Commissione nazionale per la formazione continua", in modo da rispondere:

- a) ai bisogni organizzativi del servizio (programmi obiettivo), azioni programmate, qualita' e quantita' delle prestazioni, patologie emergenti, ecc.;
- b) ai bisogni professionali dei medici (evoluzione delle conoscenze scientifiche);
- c) ai bisogni emergenti dalla attuazione degli accordi regionali di cui al capo VI.

12. I corsi, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, tenendo conto delle indicazioni della Commissione nazionale per la formazione continua, si svolgono il sabato mattina per almeno 10 sabati per almeno 40 ore annue; al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi. L'Azienda adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuita' assistenziale durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti convenzionati per l'assistenza primaria hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico dell'Azienda.

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

13. Le Aziende al termine di ciascun corso rilasciano un attestato relativo alle materie del corso frequentato, a titolo di credito didattico.

14. Con accordi a livello regionale tra la Regione e Sindacati medici di medicina generale maggiormente rappresentativi, sentiti gli Ordini dei Medici e le Societa' professionali della medicina generale, saranno prese iniziative per definire:

- a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici di medicina generale;
- b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina generale;
- c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneita' acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un



curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;

d) i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco;

e) le modalità ed i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accreditamento di cui all'art.

16-ter, comma 2, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

15. Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

16. L'attività di animatore non comporta riduzione del massimale individuale.

17. A cura della Regione gli animatori in formazione sono iscritti in apposito elenco regionale tenuto dall'assessorato regionale alla sanità'.

18. I corsi di cui ai commi precedenti sono a carico del SSN. Le Regioni stabiliscono annualmente le risorse finanziarie destinate alla formazione continua.

19. Il medico di medicina generale, previa comunicazione alla Azienda e salvi rimanendo gli obblighi relativi alla partecipazione alle iniziative di formazione continua previste dalle disposizioni degli articoli 16, 16-bis, 16-ter, 16-quater del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato, ha la facoltà di partecipare a proprie spese a corsi non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati dalla commissione di cui all'art. 16-ter del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, limitatamente alla quota parte corrispondente ai bisogni professionali dei medici e cioè fino alla concorrenza della metà del tempo previsto per l'aggiornamento.

Art 9 - Diritti sindacali.

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale, presenti nei Comuni e Commissioni previste dal presente accordo e da normative nazionali o regionali, è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli Accordi regionali e le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della pubblica amministrazione.

2. Tale onere è a carico della Azienda di iscrizione del medico.

3. I rappresentanti nazionali regionali e provinciali dei sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi, i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati nonché i medici eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale possono avvalersi con oneri a loro carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici con compenso orario. Detto compenso, onnicomprensivo, non può essere inferiore al costo globale orario previsto dall'accordo per gli incarichi a rapporto orario per le attività territoriali, ex art. 48 L. 833/78.

4. A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate allo svolgimento dei compiti sindacali, a ciascun sindacato viene riconosciuta la disponibilità di 3 ore annue per ogni iscritto.

5. La segreteria nazionale o regionale del sindacato comunica ogni anno alle aziende interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilita' della quota parte di orario spettante, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

6. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del comma 5 comunica alla propria Azienda il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari alla misura tabellare iniziale prevista dall'accordo per gli incarichi a rapporto orario per le attivita' territoriali ex art. 48 L. 883/78. Tale attivita' non si configura come rapporto di lavoro continuativo. Il compenso e' direttamente liquidato dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

7. Nel caso di medico convenzionato a rapporto orario l'Azienda provvede al pagamento del medico di cui al comma 5 sulla base del suo orario di incarico.

#### Art. 10 - Rappresentante sindacale.

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della "maggiore rappresentativita'", ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e, sottolineata la necessita' di garantire il piu' alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni ed Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.

2. La consistenza associativa e' rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai medici convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale, accertate alla data del 1o Gennaio di ogni anno ed e' trasmessa, entro il mese di febbraio, mediante comunicazione delle stessa Aziende, per tramite dell'Assessorato Regionale alla Sanita' di appartenenza, al Ministero della Sanita' - Servizio Rapporti Convenzionali con il Servizio Sanitario Nazionale ed alle Segreterie Nazionali delle OO.SS..

3. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, la consistenza associativa e' determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale.

4. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa e' riferita ai dati rilevati nell'anno precedente.

5. Sono considerate maggiormente e rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3, abbiano un numero di iscritti risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.

6. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali l'elenco dei medici ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.

7. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in conto corrente intestato ai tesorieri dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione del compensi.

8. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.

9. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentativita' di cui al comma 5 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi regionali.

10. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali in possesso dei requisiti di rappresentativita' di cui al comma 5, livello regionale. Da tale requisito si prescinde per le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo purché in possesso del requisito di rappresentativita' di cui al comma 5 a livello aziendale.

11. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 5 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è unico e partecipa alle trattative e alla stipula degli accordi come unica organizzazione sindacale.

#### Art. 11 - Comitato aziendale

1. In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione previo parere favorevole delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, è costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, a norma dell'art. 10. Il Direttore generale o suo delegato provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni 3 mesi, anche su richiesta di una delle parti.

2. Il comitato aziendale espone pareri obbligatori:

a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 25;

b) motivi di incompatibilita' agli effetti delle rikusazioni di cui all'art. 27, comma 3;

c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera e);

d) deroghe di cui all'art. 21, comma 10, all'obbligo di residenza;

e) variazione degli ambiti di scelta;

f) individuazione delle zone disagiate;

e) ogni altro parere previsto dal presente Accordo e dagli Accordi regionali ed aziendali.

3. Inoltre il comitato aziendale è preposto alla definizione degli accordi aziendali e ad ogni altro incarico attribuitogli dal presente accordo o da accordi regionali o aziendali.

4. Il comitato esprime pareri sui rapporti convenzionali di assistenza primaria, di continuita' assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi e attivita' programmate territoriali.

5. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario allo svolgimento dei compiti assegnati al comitato aziendale.

## Art. 12 - Comitato regionale

1. In ciascuna regione e' istituito un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 10. L'Assessore regionale alla sanita', o suo delegato, provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni 3 mesi, anche su richiesta di una delle parti.

2. Il comitato permanente e' preposto:

a) alla definizione degli accordi regionali;

b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo e degli accordi regionali;

c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;

d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da medici di medicina generale, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualita'.

3. L'attivita' del comitato permanente e' comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'accordo nazionale e degli accordi regionali ed e' sede di osservazione degli accordi aziendali.

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

## Art. 13 - Osservatorio consultivo permanente.

1. Con Decreto del Ministro della Sanita' e' istituito, entro tre mesi dalla data di pubblicazione del presente Accordo sulla Gazzetta Ufficiale, nell'ambito del Servizio rapporti convenzionati con il S.S.N., un Osservatorio consultivo permanente che ha il compito di:

- rilevare ed esaminare le eventuali questioni interpretative ed applicative derivanti dall'applicazione dell'accordo nazionale e degli Accordi regionali anche attraverso il monitoraggio delle deliberazioni dei Comitati regionali;

- analizzare il rapporto di conformita' degli accordi regionali con quello nazionale;

- monitorare raccordandosi, ove necessario, con le strutture organizzative del Ministero della Sanita' e con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, i risultati raggiunti dagli Accordi regionali per favorirne l'attuazione su tutto il territorio nazionale ai fini di migliorare l'assetto funzionale della medicina generale, nonche' le problematiche relative alla formazione;

- curare la fornitura dei dati nazionali richiesti dalle Regioni;

- promuovere e supportare con il coinvolgimento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, l'avvio delle trattative e la relativa conclusione, degli Accordi decentrati regionali previsti dal presente Accordo.

2. L'Osservatorio esamina altresì i problemi scaturiti da provvedimenti legislativi e da pronunce della magistratura che incidano direttamente nella disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'accordo.

3. L'Osservatorio ha sede presso il Ministero della Sanità Servizio per i rapporti convenzionali con il SSN - ed è composto:

- dal Dirigente Generale del Servizio rapporti convenzionali con il SSN, con Funzioni di Presidente, o da un suo delegato;

- da 6 membri designati dagli Assessori regionali alla Sanità componenti la delegazione di parte pubblica dei quali uno è il capo della delegazione regionale trattante la stipula della convenzione o suo delegato;

- da 7 rappresentanti dei medici convenzionati di medicina generale, indicati dai sindacati maggiormente rappresentativi individuati sulla base della rappresentatività di cui al comma 5 dell'art. 10, con criterio di proporzionalità tra essi.

4. Le funzioni di segretario dell'Osservatorio sono svolte da un funzionario amministrativo ministeriale.

5. L'Osservatorio si riunisce di norma all'inizio di ogni trimestre su convocazione del Presidente o a seguito di richiesta motivata inoltrata da una delle parti firmatarie dell'accordo.

6. Di ogni riunione sarà redatto apposito verbale che verrà trasmesso ad ogni buon fine a tutte le parti firmatarie ed a tutte le Regioni e Province Autonome per gli eventuali incumbenti di rispettiva competenza.

7. La partecipazione alle riunioni dei componenti l'Osservatorio non comporta oneri economici ad alcun titolo a carico del Ministero della Sanità.

8. Ai lavori possono essere invitati esperti o altri rappresentanti delle parti firmatarie in relazione agli argomenti trattati.

9. Le Regioni inviano all'Osservatorio copia degli accordi regionali stipulati nelle materie di cui al presente accordo.

10. Ai medici di medicina generale che partecipano alle riunioni dell'Osservatorio consultivo permanente e riconosciuto il rimborso di cui al comma 1 dell'articolo 9 del presente Accordo e con le modalità dallo stesso previste.

#### Art. 14 - Programmazione e monitoraggio delle attività

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 7, del decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il conseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtù della autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda il "Programma delle attività territoriali" nel rispetto delle normative regionali, prevede:

a) le attività di medicina generale previste del decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3-quinquies e dal Piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R del 23/7/98 - cioè assistenza

primaria, continuita' assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi - ed il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria di finanziamento erogata alla Azienda dalla Regione;

b) altre attivita' territoriali pertinenti la medicina generale e attivita' intersettoriali, cui partecipa la medicina generale, definite dagli Accordi regionali ed aziendali, con la indicazione dello specifico finanziamento.

2. Le attivita' territoriali riguardanti la medicina generale di cui alla lettera b) del comma 1, sono in particolare:

a) attivita' di formazione, informazione, e revisione fra pari dei medici di medicina generale;

b) prestazioni aggiuntive dei medici di medicina generale, comprese quelle informatiche, di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;

c) servizi di supporto alla attivita' dei medici di medicina generale, di tipo strutturale, strumentale e di personale;

d) potenziamento delle attivita' distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;

e) progetti obiettivo nazionali, regionali ed aziendali;

f) progetti a livello di spesa programmato;

g) sviluppo delle forme associative nelle condizioni di oggettiva difficolta' socio-geografica;

h) sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei medici di medicina generale;

i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici ed assistenziali, j) conferenze di consenso nell'ambito del distretto;

k) sviluppo di attivita' integrate ospedale-territorio;

l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

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

a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la medicina generale non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli accordi regionali ed aziendali;

b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai medici di medicina generale;

c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la medicina generale;

d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del medico nella Azienda stessa o in altra Azienda.

4. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, pur nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersectorialità del "Programma delle attività distrettuali", il Direttore del distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la medicina generale, da un medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto.

5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:

a) l'andamento, per la parte concernente la medicina generale e indicata ai commi 2 e 3, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;

b) l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note della Commissione unica del farmaco (CUF), anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.

6. I soggetti di cui al comma 4 assumono iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell'art. 72.

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

#### Art. 15 - Equipe territoriali

1. In attesa che le Regioni disciplinino il distretto e la sua organizzazione secondo le prescrizioni ed i principi degli articoli 3-quater e 3-quinquies del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato, le Regioni stesse e le Aziende possono prevedere in via sperimentale la istituzione di equipe territoriali, finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, secondo gli indirizzi dei successivi commi.

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

3. L'equipe territoriale è:

a) strumento attuativo della programmazione sanitaria;

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

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

- a) l'assistenza primaria;
- b) la continuita' assistenziale;
- c) la pediatria di libera scelta;
- d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) la medicina dei servizi;
- f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

5. L'intervento coordinato ed integrato della equipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento nelle attivita' ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:

- a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
- b) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- c) tutela del disabili ed anziani;
- d) patologie in fase terminale;
- e) patologie da HIV;
- f) tutela della salute mentale;
- g) inabilita' o disabilita' conseguenti a patologie cronico-degenerative.

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

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



## Art. 15-bis - Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse

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

a) assicurare l'appropriatelyzza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed in attesa della definizione di linee guida consensuali, come previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dall'art. 14, comma 2, lettera i);

b) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualita' e di medicina basata sulle essenze scientifiche;

c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatelyzza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia e' riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.

3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323 convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanita' nonche' l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si applicano le procedure ed i principi di cui ai successivi commi.

4. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 14, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatelyzza prescrittiva nell'ambito delle attivita' distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda.

5. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione tenendo conto dei seguenti principi:

a) la ipotesi di irregolarita' deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o alla richiesta di essere ascoltato:

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

6. La prescrizione farmaceutica e' valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;

b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessita' attuale al momento della prescrizione con pericolo di danno grave alla vita o all'integrita' della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;

c) sia stata determinata dalla novita' del farmaco prescritto e/o dalla novita' della nota CUF, o di altra legittima norma, e comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota CUF o di altra legittima norma.

#### Art 15-ter - Struttura del compenso

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

a) quota fissa oraria - in relazione a quanto previsto dai rispettivi capi del presente Accordo - o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente accordo, modulata in rapporto alle classi di eta' individuate all'articolo 45;

b) una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attivita' e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f) dell'art. 8, comma 1 del decreto legislativo sopra richiamato;

c) una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attivita' previste nel presente accordo e negli accordi regionali in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) sopra richiamata.

2. Le modalita' di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite nel rispetto dei principi generali di cui al presente articolo, dai successivi art. 45, 57, 61, 68, e, per quanto di competenza, dagli Accordi regionali ed aziendali.

#### Art. 16 - Responsabilita' convenzionali e violazioni.

##### Collegio arbitrale.

1. I medici convenzionati di medicina generale sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente accordo e dagli accordi regionali e aziendali. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze di altri operatori dell'Azienda.

2. Le violazioni danno luogo, secondo la gravita' dell'infrazione, all'applicazione delle seguenti sanzioni:

a) richiamo verbale, per lievi infrazioni comprese quelle occasionali relative alle norme sulla prescrizione e sulla proposta;

b) richiamo con diffida per la ripetizione di lievi infrazioni e per infrazioni di una certa gravita';

c) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di sei mesi per infrazioni di media gravita' o per reiterate (oltre la seconda)

applicazioni della sanzione di cui alla precedente lettera b); d) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 6 giorni e non superiore a sei mesi in particolare per:

- gravi infrazioni finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;
- omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità, limitazioni di massima o benefici economici;
- recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;

e) revoca per infrazioni particolarmente gravi compresa quella di cui all'art. 6. comma 2, o per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto.

3. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza e lo sente a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi 15 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito.

4. Il Direttore generale, valutate le controdeduzioni addotte dal medico in sede di difesa, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 15 giorni dalla sua assunzione. Qualora siano trascorsi inutilmente i 15 giorni dalla convocazione per la difesa o entro tale termine non sia stata ricevuta alcuna controdeduzione, il Direttore generale dà corso alla irrogazione della sanzione e alla sua notifica all'interessato entro 10 giorni.

5. Il medico, ricevuta la notifica della sanzione può impugnarla nei confronti del Direttore generale della Azienda entro 30 giorni dal ricevimento, anche a mezzo di procuratore, chiedendo che la controversia sia sottoposta al giudizio del Collegio arbitrale.

6. Il Collegio è composto da tre arbitri:

- uno con funzioni di Presidente, individuato nel Presidente dell'Ordine dei medici della provincia capoluogo di Regione o suo delegato. Nel caso in cui il medico, sottoposto a procedimento sia iscritto all'Ordine con sede nel capoluogo di Regione il Presidente designato delega, con atto formale, un Presidente dell'Ordine dei medici di altra provincia della Regione;
- uno nominato dal medico;
- uno nominato dal Direttore generale della azienda, di norma scelto fra i dipendenti della stessa Azienda.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario dell'azienda sanitaria locale di riferimento.

7. Ricevuta l'impugnazione con la richiesta di devolvere al Collegio arbitrale la decisione sulla controversia, il Direttore generale della azienda entro 10 giorni:

- sospende l'applicazione della sanzione;
- individua il membro da nominare aziendale ed acquisisce l'atto di accettazione dell'incarico;

- richiede al Presidente dell'Ordine del capoluogo di Regione il nominativo del Presidente del Collegio;

- il Presidente dell'ordine deve rispondere entro 10 giorni dal ricevimento;

- ricevuta la comunicazione del nominativo del presidente, il Direttore generale dell'azienda costituisce, entro 10 giorni il Collegio arbitrale, dispone la notifica della deliberazione ai membri del Collegio e al medico interessato e la trasmissione di tutti gli atti riguardanti il caso al presidente. Questi convoca entro 8 giorni dal ricevimento della notifica, con allegati gli atti, il Collegio arbitrale.

Le parti hanno diritto di:

- essere ascoltate dal Collegio arbitrale;

- presentare al Collegio ulteriori documenti e memorie inerenti il caso.

8. Il Collegio, udite le parti se ne hanno fatta richiesta e acquisita l'eventuale documentazioni dalle stesse prodotta, emette il lodo entro 7 giorni dalla seduta e ne da' comunicazione a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento alle parti interessate.

9. L'Azienda ricevuto il deliberato del Collegio si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

10. I termini previsti dal presente articolo sono perentori.

11. l'atto di contestazione e il provvedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato.

12. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 2, lett.

D), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto, fatta salva la corresponsione al medico sostituito dei compensi di cui all'art. 45, lett. A3.

13. Non puo' tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi due anni dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro commissione.

14. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.

Art. 17 - Esercizio del diritto di sciopero.

Prestazioni indispensabili e loro modalita' di erogazione.

1. Nel campo dell'assistenza primaria sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge 146/1990, art. 2, comma 2, le visite domiciliari urgenti e l'assistenza domiciliare integrata, nonche' le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali.

2. Nel campo della continuita' assistenziale e dell'emergenza sanitaria temporale, oltre a quelle previste dal precedente comma 1 per quanto di competenza, sono prestazioni indispensabili gli interventi di cui agli artt. 52 e 65 limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici.

3. Le prestazioni di cui ai commi 1 e 2, in caso di sciopero della categoria dei medici di medicina generale convenzionati continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalita' di cui ai commi 4, 6 e 7.

4. Il diritto di sciopero dei medici di medicina generale convenzionati e' esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

5. I medici di medicina generale che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 16.

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

a) nel mese di agosto;

b) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;

c) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;

d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;

e) nei giorni dal giovedi' antecedente la Pasqua al Martedi' successivo.

7. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravita' o di calamita' naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

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

9. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo sono stabiliti, relativamente agli addetti della continuita' assistenziale e dell'emergenza sanitaria, con apposite intese a livello regionale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuita' delle prestazioni di cui al comma 1, nonche' per la loro distribuzione territoriale.

Art. 18 - Durata dell'accordo.

1. Il presente accordo ha durata triennale e scade il 31.12.2000.

CAPO II

L'ASSISTENZA PRIMARIA

## Art. 19 - Rapporto ottimale.

1. La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria.
2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria e' organizzata in via prioritaria in ambiti comunali, ai sensi dell'art.25 della legge n. 833/78.
3. Le regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti.
4. Ciascuna Azienda anche ai fini dello svolgimento delle procedure di cui all'art. 3, con la tenuta degli elenchi dei medici convenzionati per l'erogazione dell'assistenza primaria i quali, ai fini dell'esercizio della scelta del medico da parte del cittadino, sono articolati nei medesimi ambiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 2 e 3.
5. L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 5.000 abitanti. Per motivi geografici di viabilita', di distanza tra comuni di difficile percorrenza delle vie di comunicazione, di parcellizzazione degli insediamenti abitativi o per altre valide condizioni le Regioni possono individuare ambiti territoriali con popolazione inferiore a 5.000 unita' ma comunque mai inferiore a 3.500.
6. Nei comuni comprendenti piu' Aziende, per la detenzione del rapporto ottimale si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel comune sulla base dei parametri di cui al comma 9.
7. La determinazione del numero dei medici iscrivibili in comuni comprendenti piu' Aziende, viene determinata sommando i medici iscrivibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale sulla base della propria popolazione di riferimento. Eventuali frazioni di popolazione di ciascuna Azienda inferiori a 500 abitanti possono concorrere, sommandosi, alla determinazione di carenza di medici nell'intero ambito comunale, da dichiararsi da parte della o delle Aziende con il resto piu' elevato.
8. Il medico operante in un comune comprendente piu' Aziende, fermo restando che puo' essere iscritto nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, puo' acquisire scelte in tutto l'ambito comunale ai sensi dell'art 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978. n. 833;
9. Ferma restando la facolta' delle Regioni di disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale secondo parametri diversi definiti nell'ambito degli accordi regionali, ai sensi dell'art 8, lettera h), decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, per ciascun ambito territoriale, definito ai sensi del comma 3, puo' essere iscritto soltanto un medico per ogni 1000 residenti o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di eta' compresa tra 0 e 14 anni risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
10. Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni o autolimitazioni di massimali gia' dichiarate ed esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo, derivanti dall'applicazione dell'art. 25 a carico dei singoli medici gia' iscritti nell'elenco. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato B.

11. Ai fini della determinazione dei medici iscrivibili nell'elenco, l'Azienda, utilizzando l'elenco di cui all'art. 30 comma 4, scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 9) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito territoriale, abbiano effettuato la scelta del medico in altro ambito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

12. In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui ai commi 2 e 3, in tutte le circoscrizioni e nelle zone con oltre 500 abitanti di ambiti territoriali dichiarati carenti ai sensi del successivo articolo 20, comma 1, sentito il Comitato Consultivo di Azienda, deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente, nell'ordine di inserimento, degli ultimi medici inseriti.

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

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

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

Art. 20 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria individuati rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 19.

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

3. La indicazione di cui al precedente comma 2 costituisce vincolo alla apertura di uno studio di assistenza primaria nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l'Azienda nel pubblicare gli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:

a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della regione ne che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti rispettivamente, da almeno

due anni e da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

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

5. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q o Q/3.

6. In allegato alla già domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestare 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".

7. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i medici di cui alla lettera b) del precedente comma 4 sono graduati nell'ordine risultate dai seguenti criteri:

a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 2;

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

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

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

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

10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

11. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali egli ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato.

12. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del comma 4 in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera



b) dello stesso comma 4 in base all'ordine risultante all'applicazione dei criteri di cui al comma 7 e sulla base del disposto di cui al comma 6 e 7 dell'articolo 3 del presente Accordo.

13. L'anzianita' di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 4 lettera a) , e' determinata sommando:

a) l'anzianita' complessiva di iscrizione negli elenchi della assistenza primaria della Regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;

b) l'anzianita' di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorche' gia' compresa nell'anzianita' di cui alla lettera a).

14. La Regione che attribuisce l'incarico ai sensi del comma 4, lettera a) ad un medico proveniente da altra Regione comunica alla regione di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal successivo comma 17.

15. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12 e nel rispetto dei precedenti commi, puo' adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

16. E' cancellato dalla graduatoria, ai soli fini del conferimento degli incarichi di assistenza primaria il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1.

17. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facolta' di cui al comma 4 lettera a) accetta l'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito temporale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

18. La Regione puo' individuare e assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.

Art. 21 - Instaurazione del rapporto convenzionale.

1. Il medico interpellato ai sensi dell'art. 20 deve, a pena di decadenza, indicare e dichiarare, in sede di convocazione, l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico.

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

3. Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 2, il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al comma 10, deve:

- aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 20, comma 2, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art.22 e darne comunicazione alla Azienda;

- richiedere il trasferimento della residenza nella zona assegnatagli, se risiede in un altro comune;

- iscriversi all'Albo Professionale della provincia in cui gravita l'ambito carente assegnatogli, se e' iscritto in altra provincia.

In tal caso e' sufficiente documentare la presentazione della domanda di trasferimento dall'Ordine di provenienza.

4. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficolta' collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il Comitato ex art 11, temporanee proroghe al termine di cui al comma 3, entro il limite massimo di ulteriori sessanta giorni.

5. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneita' dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 22 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

6. Le procedure di cui al comma 5 si applicano anche nei casi di apertura di ulteriori sedi professionali per l'espletamento dell'attivita' convenzionata di cui al presente Accordo, nel contesto del medesimo ambito territoriale e nel caso di variazione di ubicazione dello studio convenzionato per l'assistenza primaria in altro locale all'interno del medesimo ambito territoriale.

7. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneita' dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni di cui al comma 5, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneita'. E' fatta comunque salva la facolta' delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneita' dello studio.

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

9. Al fine di favorire l'inserimento dei medici negli ambiti territoriali carenti, con particolare riguardo a quelli disagiati, la Azienda puo', su richiesta del medico, consentire la utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile.

L'ammontare e le modalita' di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo dell'ambulatorio pubblico, sono oggetto di apposite determinazioni da concordarsi nell'ambito degli Accordi Regionali di cui al Capo VI.

10. Fatte salve diverse determinazioni regionali nel corso del rapporto convenzionale il medico puo' essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguita', previo parere favorevole del Comitato di cui all'art. 11 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

11. Al medico e' fatto divieto di esercitare le attivita' convenzionate e ai sensi del presente accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli e iscritto, escluso il caso di cui all'art 19, comma 14.

12. Al medico, al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, e' consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e

per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza primaria nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui elenco il medico è iscritto.

#### Art. 22 - Requisiti e apertura degli studi medici.

1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio sanitario nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni al servizio cui all'art. 45, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del medico di medicina generale è uno studio professionale privato che, destinato in parte alla svolgimento di un pubblico servizio, deve possedere i requisiti previsti dai seguenti commi.

2. Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala di attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e areazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati.

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

5. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza. In relazione a particolari esigenze assistenziali l'Azienda può richiedere previo parere del Comitato aziendale di cui all'art. 11, la revisione dell'orario.

6. Il suddetto orario con il nominativo del medico, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico;

eventuali variazioni devono essere comunicate alla Azienda entro 30 giorni dalla avvenuta variazione.

7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

#### Art. 23 - Sostituzioni.

1. Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione il nominativo del collega che lo sostituisce quando la

sostituzione si protragga per piu' di tre giorni consecutivi. Il sostituto deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilita' prevista dall'articolo 4, salvi diversi accordi regionali che stabiliscono anche il limite delle scelte che possono essere poste a carico del medico sostituto.

2. Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituito, le responsabilita' professionali inerenti tutte le attivita' previste dal presente Accordo.

3. Le Aziende per i primi 30 giorni di sospensione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 4; dal 31o giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione purché abbia i requisiti per l'iscrizione negli elenchi dei convenzionati e secondo il trattamento economico previsto per il medico sostituito.

4. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme del regolamento allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale, compresa la relativa documentazione.

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

6. Il medico, che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informare la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto prontamente tra i medici inseriti nella graduatoria di cui all'art. 2 e secondo l'ordine della stessa interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito. In tale caso i compensi spettano fin dal primo giorno della sostituzione al medico sostituto, salvo quanto previsto dall'art. 16, comma 12.

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

8. Tranne che per i motivi di cui all'art. 5, commi 1, 2 e 3, del presente Accordo e per mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico, sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 11, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e puo' esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

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

10. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalita' di cui al comma 6. 11. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non puo' essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione per tutta la durata della stessa.

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

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

#### Art. 24 - Incarichi provvisori.

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili, la Azienda sentito il Comitato ex art. 11, può conferire ad un medico residente nell'ambito territoriale carente, scelto nel rispetto della graduatoria regionale, un incarico temporaneo.

2. Tale incarico, di durata comunque inferiore a otto mesi, cessa alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento e non può comunque essere rinnovato allo stesso medico prima che siano trascorsi 30 giorni della sua cessazione. Al medico di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi della fascia iniziale di anzianità di cui all'art. 45 lettera A.

3. L'incarico di cui al comma 1 non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli medici iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale non supera le 300 unità. In tal caso si applica il disposto del comma 3 dell'articolo 25.

4. Ai medici di cui al precedente comma 1 che siano chiamati a ricoprire un incarico provvisorio la Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso, ed usualmente utilizzate, nell'ambito territoriale relativo.

5. Qualora in un ambito territoriale si determinino le condizioni previste al precedente comma 1, la Azienda è tenuta ad informare entro 20 giorni dall'evento, i cittadini interessati dalla carenza di assistenza della necessità di procedere ad una nuova scelta del medico tra tutti quelli incaricati nell'ambito territoriale interessato, anche attraverso annunci sui quotidiani, manifesti nei comuni e negli altri luoghi pubblici e ove ritenuto opportuno mediante comunicazione diretta agli assistiti.

#### Art. 25 - Massimale di scelte e sue limitazioni.

1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità.

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

3. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 11, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi del punto 5, comma 3, dell'art. 48 della Legge n. 833/78, e per un tempo determinato, non superiore comunque a mesi sei.

4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga altre attività orarie compatibili con tale iscrizione, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, tenuto conto del disposto dell'art. 44 del presente Accordo in materia di libera professione strutturata. Per quanto riguarda i medici della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e dell'emergenza sanitaria territoriale si applicano le limitazioni previste dai rispettivi Capi.

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

6. I medici possono autolimitare il proprio massimale, che non puo' essere inferiore a 1.000 scelte, fatte salve autolimitazioni inferiori gia' esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e fino a che le singole posizioni soggettive restino immutate. Il massimale derivante da autolimitazione non e' modificabile prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.

7. Ai medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, e' consentita la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/91), alle condizioni e nei limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, cosi' come disposto dal precedente articolo 19.

8. Ai medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.93 n. 187 convertito con modifiche nella legge 12.8.93, n. 296 che accettano l'incarico di cui al precedente art. 20, e' consentito acquisire scelte fino alla concorrenza di un massimale di 500 scelte.

9. Ai medici di cui al comma 8, che alla data di pubblicazione del presente Accordo detenevano un numero di scelte superiore a 500 e' fatto divieto di acquisire ulteriori scelte. Per tali medici l'Azienda dispone il rientro nei limiti dei massimali di cui al comma 8 mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.

10. Le disposizioni di cui ai commi 8 e 9 non si applicano ai medici che, soggetti alla norma relativa, rinunciano all'incarico compatibile entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente Accordo.

11. Lo svolgimento di altre attivita' anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

#### Art. 26 - Scelta del medico.

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistito sono fondati sul rapporto di fiducia.

2. Il rapporto di fiducia tra medico e assistito si fonda anche sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti reciproci. A tal fine, e per maggiormente radicare il rapporto tra il medico e il cittadino, le Aziende promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, una corretta informazione agli assistiti sulla opportunita' di avviare preliminarmente alla scelta una diretta conoscenza del medico e, a margine della scelta effettuata, la informazione sullo status del medico, sul suo curriculum personale e professionale, sulle caratteristiche della attivita' professionale (ubicazione ed orario dello studio, aderenza a forme associative, ecc.).

3. Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per se' e per i propri familiari o soggetti anagraficamente conviventi il medico di fiducia fra quelli iscritti nell'elenco, definito ai sensi dell'art. 19, relativo all'ambito territoriale di residenza.

4. L'Azienda sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 11 e acquisita l'accettazione del medico di scelta puo' consentire che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito e residente quando la scelta sia o diventa obbligatoria oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilita' la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi e obbiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

5. La scelta per i cittadini residenti ha validita' annuale, salva revoca nel corso dell'anno, ed e' tacitamente rinnovata.

6. per i cittadini non residenti la scelta e' a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di 1 anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente gia' in carico al medico della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta e' espressamente prorogabile.

7. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta e' a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di 2 anni, nel rispetto dei tempi di validita' dei permessi di soggiorno. Anche per tale scelta e' espressamente prorogabile.

8. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito gia' in carico al medico di medicina generale possono effettuare la scelta a favore dello stesso medico anche in deroga al massimale o quota individuale, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare.

9. Le scelte in deroga comunque acquisibili, non possono superare in nessun caso il 5% del massimale individuale del medico, fermo restando quanto previsto dell'art. 25, comma 2.

Art. 27 - Revoca e rikusazione della scelta.

1. L'assistito che revoca la scelta ne da' comunicazione alla competente Azienda. Contemporaneamente alla revoca deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Modalita' per garantire la continuita' dell'assistenza tra il medico revocato e il medico scelto, nel primario interesse del cittadino, sono disciplinate nell'ambito degli accordi regionali.

3. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito puo' in ogni tempo rikusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale revoca deve essere motivata da eccezionali e accertati motivi di incompatibilita' ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera b) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. Tra i motivi della rikusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la rikusazione decorre dal 16o giorno successivo alla sua comunicazione.

4. Non e' consentita la rikusazione quando nel Comune non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilita' da accertarsi da parte del Comitato di Azienda di cui all'art. 11.

5. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento di ricusazione per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima.

6. Il medico di assistenza primaria puo' comunicare all'Azienda l'avvenuto decesso del proprio assistito del quale egli abbia certificato la morte, salvo verifica presso l'anagrafe comunale di residenza dell'assistito deceduto, ai fini della revoca della relativa scelta e di una sollecita operazione di aggiornamento degli elenchi del medico interessato.

Art. 28 - Revoche d'ufficio.

1. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della Legge 526/1982, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda sono riattribuite automaticamente al medico dal momento della reinscrizione degli stessi nei suddetti elenchi anche in deroga al massimale individuale. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.

2. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il medico e' tenuto alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di sospensione medesima.

3. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistito ha effetto del giorno del decesso. L'Azienda e tenuta a comunicare al medico interessato la revoca per decesso entro un anno dall'evento.

4. In caso di trasferimento di residenza l'azienda presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perche' provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta. Le Aziende che aggiornano l'archivio assistiti utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio. L'Azienda e' tenuta a comunicare detta revoca al medico ed al cittadino interessati entro 3 mesi dall'evento. Le revoche conseguenti ai cambiamenti di residenza all'interno della Azienda e tra aziende limitrofe sono disciplinate con accordi regionali. Nel caso in cui l'ambito comunale sia comprensivo di piu' Aziende si intende per Azienda limitrofa il medesimo ambito comunale.

5. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

6. Ai fini degli effetti economici relativi alle revoche d'ufficio di cui al presente articolo, l'Azienda e tenuta ad inviare al medico interessato, in uno con la comunicazione del previsto importo da ripetere, il tabulato nominativo relativo ai pazienti oggetto di revoca, completo della causa e della decorrenza della revoca medesima.

7 Avverso alla richiesta di ripetizione il medico interessato puo' opporre motivato e documentato ricorso entro 15 giorni dalla sua comunicazione ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 giorni dal ricevimento del ricorso.



8. Qualora l'importo complessivo richiesto dalla Azienda sia superiore al 20% dell'ammontare degli emolumenti mensili, l'Azienda puo' dare corso a conguaglio negativo solo in presenza di accordo in tal senso con il medico interessato.

9. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio hanno corso nella misura massima del 20% per cento dei compensi mensili al netto delle ritenute fiscali e previdenziali.

Art. 29 - Scelta, revoca, rikusazione: effetti economici.

1. Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la rikusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15o giorno o dal 16o giorno del mese.

2. Il rateo mensile dei compensi e' frazionabile in trentesimi ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento del medico o da cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.

3. La cessazione per sopraggiunti limiti di eta' da parte del medico produce effetti economici dal giorno di compimento dell'eta' prevista.

4. Le opzioni di aggiornamento dell'elenco degli assistiti rispetto alla scelta e alla revoca sono svolte in tempo reale, qualora siano realizzabili in base alla possibilita' di utilizzo di procedure informatiche.

Art. 30 - Elenchi nominativi e variazioni mensili.

1. Entro il 31 luglio ed il 31 gennaio di ogni anno le Aziende inviano ai medici l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi alla data rispettivamente del 15 giugno e del 15 dicembre.

2. Le Aziende, inoltre, comunicano mensilmente ai singoli medici le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazioni di scelta o revoca.

3. I dati di cui ai commi 1 e 2 possono essere fornite su supporto magnetico, a richiesta del medico e senza alcun onere a suo carico.

4. Le Aziende istituiscono un elenco separato delle scelte operate dai cittadini in favore di medici convenzionati in ambiti territoriali della stessa Azienda diversi da quello di residenza dell'assistito, ai sensi dell'art. 26, comma 4, del presente Accordo.

5. Tale elenco e' utilizzato ai fini della determinazione del rapporto ottimale e della individuazione della carenza di medici, secondo quanto disposto dall'articolo 19, comma 11, del presente Accordo.

Art. 31 - Compiti del medico con compensi a quota fissa.

1. L'inserimento negli elenchi di cui all'art. 19, comma 4, determina, relativamente all'ambito territoriale di iscrizione di ciascun medico e nei confronti dei cittadini che lo scelgono, l'affidamento al medico stesso della responsabilita' complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e familiari, e di educazione sanitaria i quali sono espletati attraverso interventi

ambulatoriali e domiciliari finalizzati al soddisfacimento dei relativi bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali e uniformi di assistenza.

2. I compiti del medico, remunerati con una quota fissa per assistito ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni comprendono:

a) le visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico. Al fine di migliorare lo standard delle prestazioni il medico si avvale di supporti tecnologici diagnostici e terapeutici sia nel suo studio sia a livello domiciliare;

b) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del proprio paziente, in quanto atti che attengono alla professionalità del medico di medicina generale;

c) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad uso del medico e ad utilità dell'assistito, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al medico di collaborare ad eventuali indagini epidemiologiche e a quanto previsto dagli accordi regionali;

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

e) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministero Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'Autorità scolastica competente;

f) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro.

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

a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 15;

b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:

- l'osservazione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;

- la donazione di sangue, plasma e organi;

- la cultura dei trapianti;

- il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;

- l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;

- la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale.

c) obbligo di effettuare delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalita' concordate;

d) l'adesione ai programmi di attivita' e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalita' di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

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

1. Il medico e' tenuto a svolgere, oltre ai compiti indicati dal precedente articolo 31, compiti anch'essi finalizzati al soddisfacimento di bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali e uniformi di assistenza, remunerati con una quota variabile del compenso, aggiuntiva rispetto a quella prevista dall'art. 31.

2. I compiti di cui al presente articolo sono:

a) assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati "G" e "H";

b) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettivita', sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 39, lett. C);

c) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D";

d) assistenza in zone disagiatissime, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali di cui all'art. 45, lettera "C2", comma 2;

e) visite occasionali, secondo l'art. 43, comma 4.

Art. 33 - Visite ambulatoriali e domiciliari.

1. L'attivita' medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilita' dell'ammalato.

2. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci;

ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovra' essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

3. A cura dell'azienda e del medico di medicina generale tale regolamentazione e' portata a conoscenza degli assistiti.

4. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il piu' breve tempo possibile.

5. Nelle giornate di sabato il medico non e' tenuto a svolgere attivita' ambulatoriale, ma e' obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonche', quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

6. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

7. Particolari necessità assistenziali relative alla effettuazione delle visite domiciliari e all'accesso agli studi professionali - collegate alla reperibilità del medico, all'orario di ambulatorio e alla richiesta delle visite domiciliari - possono essere oggetto di accordi regionali al fine di assicurare l'erogazione delle prestazioni.

Art. 34 - Consulto con lo specialista.

1. Il consulto con il medico specialista può essere attivato dal medico di medicina generale qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico di medicina generale presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale dalla Azienda del paziente.

3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del medico di famiglia, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il medico di famiglia o lo specialista concordano i modi ed i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.

5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

Art. 35 - Rapporti tra il medico di famiglia e l'ospedale.

1. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale ex art. 11 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 47, adottano, anche in ottemperanza al disposto dell'art.

15-decise del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:

a) il dovuto accesso del medico di famiglia ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;

b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero;

c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note CUF e delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni;

d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 giorni dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

2. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il medico di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente a domicilio.

3. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col medico di famiglia gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.

4. In ogni caso il medico di medicina generale nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

5. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i medici di medicina generale convenzionati, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai medici di medicina generale presenti nei vari uffici di coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare soluzioni ed eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

6. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati maggiormente rappresentativi e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in day hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.

7. Le finalità di cui al comma 6 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 5.

Art. 36 - Assistenza farmaceutica e modulare.

1. La prescrizione di medicinali avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale, così come riclassificato dall'art. 8, comma 0, della legge 24.12.1993, n. 537 e successive modificazioni.

2. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

3. Le parti firmatarie del presente accordo possono concordare a livello regionale sperimentazioni riguardanti modalità e procedure, compresa la multiprescrizione nel rispetto dei tetti di spesa e della normativa nazionale riguardante la materia, idonee a snellire gli adempimenti dei medici e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.

4. Sulla ricetta di cui al decreto ministeriale n. 350/1988 il medico annota il diritto all'esenzione del pagamento della quota a carico secondo le norme vigenti. Eventuali particolari modalità di annotazione del diritto, o meno, all'esenzione e di quant'altro necessario, anche legate alle metodiche locali di rilevazione dei dati, sono definite con accordi regionali.

5. Il diritto all'esenzione del ticket e' regolato nelle forme di legge per le esenzioni da reddito. Nelle altre forme la esenzione e' attestata dalla Azienda ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto ministeriale 20 maggio 1989 e successive modificazioni ed integrazioni.

6. La necessita' della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del medico di assistenza primaria alla Azienda. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento sono disposti dalla Azienda secondo modalita' organizzative fissate dalla regione.

7. La prescrizione farmaceutica in caso di urgenza terapeutica o di necessita' e di dimissione ospedaliera in orari coperti dalla continuita' assistenziale e compilata anche dai medici dipendenti e dagli specialisti convenzionati interni secondo le disposizioni di cui all'art. 15-decies del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni.

8. La prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del S.S.N. puo' essere effettuata solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del medico di medicina generale.

#### Art. 37 - Richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali

1. Il medico di famiglia, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita, indagine specialistica, prestazione specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialistica deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa puo' contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 34.

3. Il medico puo' dar luogo al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.

4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, con l'indicazione "al medico curante", suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilita' di successivi controlli specialistici.

5. Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta del quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste su modulario idoneo a consentire al cittadino la diretta esecuzione della prestazione o indagine richiesta, nel rispetto del disposto dell'art. 15-decies del decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni, e tale da consentire di individuare il medico prescrittore e, con immediatezza, la sua area di appartenenza.

6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialita':

odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prescrizioni optometriche, attivita' dei servizi di prevenzione e consultoriali.

7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e 6, le Aziende emanano norme per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonche' della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla

dimissione o della consulenza specialistica. Trascorso tale termine i convogli programmati saranno proposti al medico di medicina generale.

8. Le norme di cui al precedente comma 7 devono essere osservate, anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.

9. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato E) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

10. Il modulario di cui all'art. 36, salvo il disposto del successivo art. 38, e' utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le inchieste di prestazioni specialistiche, nonche' per le richieste di trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il medico annota la diagnosi del soggetto.

11. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 1, comma 6, del Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 209 dell'8 dicembre 1997, le indagini preliminari al ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal medico di assistenza primaria e direttamente riconducibili al DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione da parte del medico stesso sul modulario del SSN.

#### Art. 38 - Certificazione di malattia per i lavoratori.

1. Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n.33/80. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi fa parte dei compiti di cui all'art. 31, comma 3.

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

#### Art. 39 - Assistenza domiciliare programmata.

1. L'assistenza domiciliare programmata, erogata anche secondo indirizzi e modalita' operative definite a livello regionale costituisce, come previsto dall'art. 32, comma 2, livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi. Le seguenti forme di assistenza domiciliare programmata, devono essere, comunque, assicurate con interventi a domicilio di:

a) assistenza domiciliare integrata (ADI);

b) assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);

c) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettivita' (ADR).

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

3. Le Regioni, previo accordo con le Organizzazioni Sindacali della medicina generale maggiormente rappresentative a livello Regionale, possono disciplinare diversamente le forme di assistenza domiciliare di cui alle lettere a) e b).

Art. 40 - Forme associative dell'assistenza primaria.

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

2. Al fine di:

a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, 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 i medici;

d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 15, se costituite;

e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;

f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;

g) condividere ed implementare linee guida diagnostiche 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 e le modalità indicate ai successivi commi.

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

a) forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;

b) forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.



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 e libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;

b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, 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, esclusi quelli di cui all'art. 25, comma 8, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'articolo 19 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);

- medici di continuità assistenziali;

- 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 di cui al Capo VI disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo;

f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;

g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b) la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;

h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;

i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana.

Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulatori, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;

j) fermi restando che per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 22, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità

all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 22, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 33 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;

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 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 di tale scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;

n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;

o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;

p) devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;

q) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;

r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:

- per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;

- per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art. 12.

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

5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al successivo comma 6 i medici di assistenza primaria che svolgono attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 44, comma 5.

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

A. La medicina in associazione.

B. La medicina in rete.

C. La medicina di gruppo.

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

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

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

c) numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova;

d) la condivisione e implementazione di linee guida diagnostiche 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) distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre, in uno o più studi nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;

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

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

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

- e) chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;
- f) numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed e' elevato di 4 unita', quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova;

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

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

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

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

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

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

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

a) sedi associative, studi professionali, poliambulatori;

b) beni strumentali;

c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;

d) servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;

e) servizi di verifica e revisione di qualità;

f) ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale e regionale, individuato nell'ambito degli Accordi regionali. In ogni caso è da escludersi la fornitura di prestazioni sanitarie.

15. La semplice appartenenza ad una forma associativa di cui alla lettera b), del comma 3 non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo, fatto salvo quanto disposto in merito da Accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. n. 484/96.

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

Art. 41 - 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. 42 - Collegamento con i servizi di continuita' assistenziale.

1. Il medico di famiglia valuta, secondo scienza e conoscenza, l'opportunita' di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisiopatologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte dei medici addetti al servizio di continuita' assistenziale.
2. Possono essere concordate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative apposite linee guida, ad uso dei medici di medicina generale, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuita' assistenziale.
3. Il medico di assistenza primaria, ove sussistano le linee guida di cui al comma 2, e' tenuto all'osservanza del disposto di cui allo stesso comma.

Art. 43 - Visite occasionali.

1. I medici di assistenza primaria, iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno primariamente scelti.
2. I medici, tuttavia fatto salvo quanto previsto per la continuita' assistenziale e per l'assistenza nelle localita' turistiche, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio comune di residenza ricorrono all'opera del medico.
3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe omnicomprenditive:
  - visita ambulatoriale L. 30.000 - visita domiciliare L. 50.000
4. Al medico convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il medico notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'allegato "D" su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.
5. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti e sulla base di appositi Accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte dell'Azienda.
6. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, il medico e' tenuto a utilizzare il modello prescrizione-proposta indicando la residenza dell'assistito.

Art. 44 - Libera professione.

1. La libera professione e' esercitata secondo le norme del presente articolo.
2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, comma 2, al di fuori degli obblighi dei compiti e delle funzioni previsti agli art. 31 e 32, del presente Accordo, nonche' degli accordi regionali ed

aziendali, al medico iscritto negli elenchi e' consentito svolgere attivita' 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 attivita' libero professionale:

a) strutturata, quella espletata in forma organica e continuativa che comporta un impegno orario settimanale definito;

b) occasionale, quella occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso.

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 e' tenuto a comunicare entro 30 giorni dal suo avvio le seguenti modalita' di esercizio dell'attivita' libero professionale:

a) la data di avvio;

b) l'ubicazione dello studio professionale e/o l'azienda presso la quale e' espleta l'attivita' di medico del lavoro o equiparata;

c) i giorni e gli orari di attivita';

d) le prestazioni di cui al comma 9 che intende espletare;

e) la dichiarazione che l'attivita' svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.

5. L'attivita' 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'attivita' 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 stabilito dal comma 4 dell'art. 25.

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'attivita' libero-professionale occasionale svolta dal medico convenzionato di assistenza primaria non puo' essere valutata in alcun modo ai fini della limitazione del massimale.

9. Fermo restando quanto previsto dall'art 6, comma 2, i medici iscritti negli elenchi possono svolgere attivita' 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 attivita' previsti dagli art. 31 e 32, 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 attivita' aggiuntive previste da accordi regionali o aziendali, sulla base di quanto previsto dal precedente art. 32, non puo' esercitare le stesse attivita' in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti, pena l'applicazione dell'art. 6 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 progettualita' di cui all'articolo 32, idonea dichiarazione di disponibilita' allo svolgimento delle attivita' aggiuntive previste dagli specifici progetti assistenziali avviati.

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

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

Art. 45 - Trattamento economico.

1. Premesso che il "Programma delle attivita' territoriali" comprende, come previsto dall'art. 3-quater del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche, anche l'erogazione della medicina generale e specifica le prestazioni ed attivita' 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 fissa capitaria, per quanto stabilito all'art. 31, articolata in onorario professionale, compenso aggiuntivo, concorso nelle spese per l'erogazione delle prestazioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale;

b) quota variabile finalizzata al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale, regionale e aziendale, compreso il rispetto dei livelli di spesa programmati: medicina associata, indennita' di piena disponibilita', indennita' di collaborazione informatica, indennita' di collaboratore di studio medico e indennita' di personale infermieristico:

c) quota variabile in considerazione dei compensi funzionali alla realizzazione della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale stabiliti:

- dal presente accordo: prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D", assistenza programmata di cui agli allegati "G". Assistenza domiciliare programmata, ed "H", assistenza domiciliare integrata;

- dagli accordi regionali ed aziendali: assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettivita', interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attivita' in ospedali di



comunita' o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attivita' o prestazioni richieste dall'Azienda.

2. Le Regioni, mediante accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, possono concordare, nell'ambito della quota variabile di cui alla lettera c) e con le procedure di cui al Capo VI, livelli assistenziali aggiuntivi, programmi e progetti avanzati rispetto a quanto previsto del presente Accordo, finalizzati allo sviluppo qualitativo degli interventi territoriali.

#### A - QUOTA FISSA CAPITARIA A1 - ONORARIO PROFESSIONALE.

1. Ai medici di medicina generale incaricati dei compiti di assistenza primaria e' corrisposto, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo, come dalla seguente tabella, distinto secondo l'anzianita' di laurea del medico.

##### ANZIANITÀ DI LAUREA compenso forfetario

01.01.99 01.01.2000	
da 0 a 6 anni	44.795 45.422
oltre 6 fino a 13 anni	47.837 48.507
oltre 13 fino a 20 anni	51.009 51.723
oltre 20 anni	54.178 54.937
oltre 27 anni	56.293 57.082

2. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75o anno di eta' e' corrisposto un ulteriore compenso forfetario annuo pari a lire 30.000, a decorrere dallo 01.01.2000. Per le vaccinazioni antinfluenzali adeguate a tali soggetti, debitamente documentate come da Allegato D, e' corrisposto un compenso pari al 50% della tariffa prevista dal nomenclatore tariffario lettera B n. 4, del medesimo Allegato D.

3. In considerazione dei compiti di cui all'art. 31, comma 3, e' corrisposto un compenso capitaro annuo per assistito pari a lire 2.800, a decorrere dallo 01.01.2000.

4. Per le scelte dei minori di eta' inferiore a 14 anni effettuate dalla data di pubblicazione del presente Accordo e' corrisposto un ulteriore compenso capitaro annuale di lire 35.000.

#### A2 - COMPENSO AGGIUNTIVO.

1. Ai medici iscritti negli elenchi della assistenza primaria sono attribuite quote mensili determinate con i criteri di cui alla lettera F dell'art. 41, D.P.R 314/90.

2. Il compenso, nella misure corrisposta al 31 dicembre 1997, e' incrementato dal 1.1.99 del 2,3%, dal 1.1.2000 del 1,4% moltiplicato per il numero delle scelte in carico al singolo medico per ciascun mese, con il tetto massimo di 1.500 scelte o della quota individuale.

Le percentuali vengono applicate sulla base dell'importo rivaluto con la percentuale precedente.

3. Nulla e' dovuto a titolo di compenso aggiuntivo per gli assistiti oltre il massimale individuale.

#### A3 - CONCORSO NELLE SPESE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO.

1. Ai medici che svolgono compiti di assistenza primaria, e' corrisposto un concorso forfetario per le spese sostenute in relazione alle attivita' professionali ed in particolare per la disponibilita' dello studio medico conforme alle prescrizioni dell'art. 22, per la disponibilita' del telefono, per i mezzi di trasporto necessari e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attivita' a favore degli assistiti.

2. Per ciascun assistito in carico e' corrisposto un concorso forfetario annuo risultante dalla tabella che segue:

CONCORSO SPESE PER LA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI Dal 01.01.99 Dal 01.01.2000

Per i primi 500 assistiti 20.166 20.448

Per gli assistiti da 501 al massimale o quota individuale 12.926 13.107

3. Il contributo compete in misura ridotta quando il medico ritenga di avvalersi per l'espletamento degli obblighi convenzionati, di servizi e personale di collaborazione forniti dalla Azienda sulla base di accordi da stipularsi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale entro 90 giorni dalla pubblicazione dell'Accordo.

4. Il concorso nelle spese viene erogato dalla Azienda in rate mensili.

5. Nulla e dovuto a titolo di concorso spese per assistiti oltre il massimale o la quota individuale.

**B - QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE B1 - INDENNITA' DI PIENA DISPONIBILITA'.**

1. Ai sanitari che svolgono in modo esclusivo, salva la libera professione di cui all'Art. 44, attivita' di medico di assistenza primaria ai sensi del presente Accordo, spetta per ciascuno assistito in carico e fino alla concorrenza del massimale di 1.500 scelte, una indennita' annua nelle seguenti misure:

Per i primi 500 assistiti:

**ANZIANITA' DI LAUREA**

Compenso forfetario

01.01.99 01.01.2000

da 0 a 6 anni 3.735 3.787

oltre 6 fino a 13 anni 3.973 4.028

oltre 13 fino a 20 anni 4.219 4.278

oltre 20 anni 4.464 4.526

oltre 27 anni 4.702 4.767

Per gli assistiti da 501 a 1.500

**ANZIANITA' DI LAUREA**

Compenso forfetario

01.01.99 01.01.2000

da 0 a 6 anni 3.455 3.503

oltre 6 fino a 13 anni 3.693 3.744

oltre 13 fino a 20 anni 3.938 3.993

oltre 20 anni 4.184 4.242  
oltre 27 anni 4.407 4.468

2. I medici titolari di rapporti nell'ambito delle attivita' territoriali programmate, della medicina dei servizi, di continuita' assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, di quelli medico-generici di ambulatorio di cui alla norma finale annessa all'accordo con gli specialisti ambulatoriali, nonche' di rapporti intrattenuti con il Ministero della Sanita' per l'erogazione dell'assistenza medico-generica a questo demandata dalla Legge n.833/78, debbono optare tra l'indennita' di cui sopra e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo in base alle rispettive normative.

## B2 - MEDICINA ASSOCIATA.

1. A decorrere dal 1.1.2000, ai medici di assistenza primaria, fatti salvi differenti accordi regionali di cui al Capo VI, nell'ambito di una percentuale minima di riferimento del 6% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art.

12, che svolgono la propria attivita' sotto forma di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 40, comma 9 del presente Accordo, e' dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1.500 o al massimale individuale se inferiore, nella misura di lire 9.000. Ai medici che gia' percepivano le quote capitarie per l'esercizio della medicina di gruppo previste dall'art. 45 del D.P.R.

n. 484/96, e' corrosposto, sulla maggiorazione spettante per la medicina di gruppo un incremento del 23% dal 1.1.1999 al 31.12 1999.

2. A decorrere dal 1.1 2000 ai medici di assistenza primaria, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, nell'ambito di una percentuale minima di riferimento del 7% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art.

12 che svolgono la propria attivita' sotto forma di medicina in rete ai sensi dell'art. 40, comma 8 del presente Accordo, e' dovuto un compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1.500 o al massimale individuale se inferiore, nella misura di lire 7.000.

3. A decorrere dal 1.1.2000 ai medici di assistenza primaria individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 40% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, fatti salvi differenti accordi regionali, di cui al Capo VI, che svolgono la propria attivita' sotto forma di medicina in associazione ai sensi dell'art. 40, comma 7, del presente Accordo e' dovuto un compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1.500 o al massimale individuale se inferiore, nella misura di lire 5.000.

## B3 - INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA.

1. Dalla data di pubblicazione del presente Accordo ai medici che assicurano nel proprio studio 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 e' corrisposta indennita' forfetaria mensile di lire 150.000. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualita' dell'assistenza.

2. A decorrere dal 1.1.1999 e fino al 1.12.1999 la indennita' di collaborazione informatica corrisposta ai sensi dell'art. 45, comma 3, lettera 1, del D.P.R. n. 484/96, e di lire 102.300 mensili. A decorrere dal 1.1.2000 e fino alla data di pubblicazione del presente Accordo, e' di lire 103.750.

#### B4 - INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO MEDICO.

1 Ai medici di assistenza primaria individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 25% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, fatti salvi differenti accordi regionali di cui al Capo VI, che utilizzano un collaboratore di Studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, categoria IV e/o fornito da societa', cooperative e associazioni di servizio o comunque utilizzato secondo le normative vigenti, e' corrisposta, con decorrenza 1.1.2000, un'indennita' annua nella misura di lire 5.000 per assistito in carico fino al massimale o quota individuale, determinando, sulla base di accordi regionali l'ammontare dell'indennita' spettante a ciascun medico in caso di lavoro associato e l'eventuale incremento in reazione alla attivazione di compiti e modelli organizzativi sperimentali. Per il periodo dal 1.1.1999 al 31.12.1999 sull'indennita' gia' percepita ai sensi dell'art. 45, comma 3, lettera L, del D.P.R n. 484/96 e' corrisposto un importo annuale di lire 55 per assistito.

#### B5 - INDENNITA' DI PERSONALE INFERMIERISTICO.

1. Ai medici di assistenza primaria individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 5% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, fatti salvi differenti accordi regionali di cui ai Capo VI, che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da societa' cooperative o associazioni di servizio e comunque utilizzato secondo le normative vigenti, e' corrisposta un'indennita' annua nella misura di lire 6.000 per assistito in carico fino al massimale o quota individuale, determinando, sulle base di accordi regionali l'ammontare dell'indennita' spettante a ciascun medico in caso di lavoro associato e l'eventuale incremento in relazione alla attivazione di compiti e modelli organizzativi sperimentali.

#### B6 - PROGRAMMI DI ATTIVITA' E LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI.

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 31, comma 3, lettera d), le Regioni possono individuare ulteriori appositi finanziamenti per compensi a quota variabile per la effettuazione di specifici programmi di attivita' finalizzati al rispetto di livelli programmati di spesa.

2. Gli obietti da raggiungere da parte dei medici di medicina generale sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, facenti parte di un dettagliato progetto integrato che costruisce il supporto tecnico del livello di spesa programmato.

3. I progetti a livello di spesa programmata devono comunque essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilita' del consumo delle risorse.

4. I progetti a livello di spesa programmata devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualita' al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

**C - QUOTA VARCABILE PER COMPENSI RELATIVI A PRESTAZIONI FUNZIONALI ALLA REALIZZAZIONE DEI LIVELLI ASSISTENZIALI PREVISTI DALLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE, REGIONALE, AZIENDALE.**

**C1 - ACCORDO NAZIONALE.**

1. Prestazioni aggiuntive. Ai medici di assistenza primaria spetta il compenso per le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D) e al relativo nomenclatore tariffario.

2. Assistenza programmata domiciliare. Ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza programmata ad assistiti non ambulabili, di cui all'art. 39, lettere a) e b), come quantificati nei protocolli allegati sotto le lettere G) ed H), e di cui allo stesso articolo lett. c), secondo quanto stabilito dagli accordi regionali. L'entita' 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, previ accordi con i Sindacati maggiormente rappresentativi. 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 detratto l'importo di cui alla voce spese. Sono fatti salvi i diversi accordi regionali.

**C2 - ACCORDI REGIONALI 1. Assistenza nelle residenze protette e nelle collettivita'. Ai medici di assistenza primaria sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza domiciliare residenziale di cui all'art.**

39, lettera c) effettuate con modalita' definite nell'ambito di specifici Accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi ai sensi dell'art. 10.

2. Assistenza in zone disagiate. Per lo svolgimento delle attivita' 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 modalita' concordate a livello regionale con i Sindacati maggiormente rappresentativi ai sensi dell'art. 10.

**C3 - ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI. Inoltre gli accordi regionali ed aziendali con i le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale ed aziendale ai sensi dell'art.**

10, concluse con le procedure di cui al Capo VI, possono prevedere lo svolgimento di ulteriori attivita', l'erogazione di specifiche prestazioni, compreso il possesso di specifici requisiti di qualita', e i relativi compensi. A titolo esemplificativo si indicano in particolare:

- Interventi aggiuntivi in dimissione protetta. Adempimenti aggiuntivi dei medici di assistenza primaria nei confronti di assistiti verso i quali sia stato attivato il regime della dimissione protetta dall'ospedale ed i rispettivi compensi.

- Prestazioni informatiche. Esecuzione di procedure ed attivita' informatiche previste da appositi progetti per iniziative assunte a livello regionale ed aziendale.

- Prestazioni assistenziali su progetti definiti. Compiti e prestazioni previsti da progetti assistenziali regionali aziendali ai quali i medici di assistenza primaria abbiano aderito o siano chiamati ad aderire.

- Prestazioni di medicina preventiva e di educazione sanitaria.

Partecipazione a progetti di educazione sanitaria e prevenzione individuale e collettiva realizzati in ambito regionale o aziendale.

- Requisiti strutturali d'eccellenza. Disponibilita' ed utilizzazione di specifici requisiti strutturali qualificanti relativi a specifiche funzioni in grado di migliorare la fruibilita' delle prestazioni sanitarie, anche riducendo le difficolta' dei cittadini nell'accesso al servizio.

- Livelli di spesa programmati. Per l'adesione del medico ai progetti con livello di spesa programmato, in relazione al raggiungimento degli obiettivi programmati, sono accordati incentivi, anche in termini di servizi resi disponibili dalla Azienda.

- Visite occasionali. Puo' essere previsto il pagamento al medico di assistenza primaria delle visite occasionali da parte della Azienda.

2. I compensi di cui al comma 1, lettera A), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, mensilmente entro la fine del mese successivo quello di competenza.

3. I compensi di cui al comma 1, lettere B) e C) sono versati di norma mensilmente entro la fine del secondo mese successivo a quello di competenza.

4. Ai fini della correttezza del pagamento dei compensi ai medici di medicina generale si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

5. Le variazioni di retribuzione relative ai passaggi di fascia per anzianita' di laurea del medico saranno effettuate una sola volta all'anno: il 1 gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il primo gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

#### D - QUOTA ANNUALE PER IL RIENTRO DEL MASSIMALE.

1. Ai medici titolari della quota individuale di 1.800 scelte e' corrisposta, per un periodo di 4 anni, una quota annuale omnicomprensiva di lire 32.000 per ogni scelta revocata dall'assistito o d'ufficio fino al rientro nel massimale di 1.500 scelte, piu' l'aggiunta di 75 scelte in deroga come previo dall'art.26, comma 9.

2. Rimane fermo il divieto di acquisire scelte, anche in deroga, fino al raggiungimento di un numero di scelte inferiore a 1.575.

1. Per i medici iscritti negli elenchi della medicina generale viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al 2o comma del punto 6 dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 13% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui l'8,125% a carico dell'Azienda e il 4,875% a carico del medico.

2. I contributi devono essere versati all'ente e 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.

3. Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto della legge 379/90, e' posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,36%, (zero virgola trentasei per cento) dei compensi relativi alle lettere A1 e A2 dell'art. 45 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

4. Con le stesse scadenze del contributo previdenziale di cui al comma 1, le Aziende versano all'ENPAM il contributo per l'assicurazione di malattia affinche' provveda a riversarlo alla Compagnia assicuratrice con i la quale i sindacati maggiormente rappresentativi avranno proceduto, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, a stipulare apposito conto di assicurazione mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica.

Art. 47 - Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'Azienda.

Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazioni della Azienda, servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza medica generale di base ha la responsabilita' e accede al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

I medici convenzionati sono tenuti a collaborare con i il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.

### CAPO III

#### LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Art. 48 - Criteri generali.

1. La continuita' assistenziale fa parte del programma delle attivita' distrettuali di cui all'art. 14.

2. Al fine di garantire la continuita' assistenziale e per l'intero arco della giornata per tutti i giorni della settimana, la stessa si realizza assicurando, per le urgenze notturne, festive e prefestive, interventi domiciliari e territoriali, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

3. La continuita' assistenziale e' organizzata nell'ambito della programmazione regionale ed e strutturata a livello locale, dalla Azienda competente per territorio, secondo le disposizioni di cui ai successivi commi.

4. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi stabilita dalle aziende nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale e in osservanza del Programma delle attivita' distrettuali che prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta, le attivita' di continuita' assistenziale, garantite nel distretto ai sensi dell'art. 3-quinquies, comma 1, lettera a) del decreto citato, sono assicurate:

a) da medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli articoli seguenti del presente Capo;

b) da gruppi di medici, anche organizzati in forme associative, convenzionati per la medicina generale per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore, in zone territoriali definite;

c) da un singolo convenzionato per la medicina generale residente nella zona anche in forma di disponibilita' domiciliare.

5. I compensi sono corrisposti dall'Azienda a ciascun medico che svolge l'attivita', nelle forme di cui al comma 4 lettere b) e c), anche mediante il pagamento per gli assistiti in carico di una quota capitaria aggiuntiva definita dalla contrattazione regionale, e rapportata a ciascun turno effettuato, salvo quanto previsto dagli articoli seguenti.

6. Gli accordi regionali possono prevedere che le Aziende stipulino apposite convenzioni con i medici di cui al comma 4 lett. b) e c).

Art. 49 - Attribuzione degli incarichi di Continuita' Assistenziale.

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di continuita' assistenziale individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende, rispettivamente alla data del 1o marzo e del 1o 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 continuita' assistenziale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in Aziende di altre regioni, anche diverse, ancorche' non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno due anni e da almeno tre anni dell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attivita' a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 500 e 266. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti funzionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unita' piu' vicina. In caso di disponibilita' di un solo posto per questo puo' essere esercitato il diritto di trasferimento;

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 piu' degli incarichi vacanti carenti pubblicati, in conformita' allo schema di cui agli Allegati Q/1 o Q/4.

4. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilita', secondo lo schema allegato sub lettera "L". La situazione di incompatibilita' deve cessare nei termini di cui all'art. 4, comma 8.

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

a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;



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

c) attribuzione di punti 15 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

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

7. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'assessorato Regionale alla Sanita', in maniera programmata e per una data non antecedente i 20 giorni dalla data di invio della convocazione.

8. La Regione interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 2 in base alla anzianita' di servizio effettivo in qualita' di incaricato a tempo indeterminato nelle attivita' di continuita' assistenziale o ex-guardia medica; laddove risulti necessario, interpellarla successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 2 in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al precedente comma 5 e sulla base del disposto di cui al comma 6 e 7 dell'articolo 3 del presente Accordo.

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

a) l'anzianita' totale di servizio effettivo nella continuita' assistenziale o ex-guardia medica in qualita' di incaricato a tempo indeterminato;

b) l'anzianita' di servizio effettivo nella continuita' assistenziale o ex-guardia medica nell'incarico di provenienza, ancorche' gia' valutata ai sensi della lettera a).

10. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

11. Il medico impossibilitato a presentarsi puo' dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o raccomandata con ricevuta di ritorno, indicando l'ordine di priorita' per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sara' attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.

12. La Regione, espletate le formalita' 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'attivita', da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

13. Se il medico incaricato e' proveniente da altra Regione, l'Azienda comunica all'Assessorato alla sanita' 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 incompatibilita' e per gli effetti di cui al successivo comma 16.

14. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12 e nel rispetto dei precedenti commi, puo' adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

15. E' cancellato dalla graduatoria regionale ai soli fini degli incarichi di continuita' assistenziale, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo.

16 Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facolta' di cui al comma 2, lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza.

17. La Regione puo' assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti della stessa previsti dal presente articolo.

Art. 50 - Massimali.

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuita' assistenziale avviene per un minimo di 12 ed un massimo di 24 ore settimanali, piu' un plus orario di 4 ore settimanali e presso una sola Azienda.

2. L'incarico non e' conferibile o cessa nei confronti del medico incaricato a tempo indeterminato per la medicina generale o per la pediatria di libera scelta che detenga:

a) un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 501 o 267 scelte con i incarico per 24 ore settimanali;

b) un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 650 o 346 scelte con i incarico per 12 ore settimanali.

3. La cessazione dell'incarico o la variazione del relativo orario di cui al comma 2 ha effetto dal mese successivo a quello in cui si determina il superamento del numero di scelte compatibile.

4. Ai fini di cui al precedente comma 3 la Azienda e' tenuta a contestare al medico il raggiungimento del limite di scelte previsto dal comma 2 nel mese in cui tale situazione si determina.

5. Le situazioni di incompatibilita' sono quelle stabilite dalle vigenti norme di legge e dall'art. 4 del presente Accordo.

6. Prima di esperire la procedura per il compimento degli incarichi, gli orari disponibili nell'ambito del servizio di continuita' assistenziale vengono comunicati ed assegnati ai medici gia' titolari di incarico a tempo indeterminato, ai sensi del presente capo, secondo l'ordine di anzianita' di incarico nella stessa Azienda e, in caso di parita' secondo l'anzianita' di laurea fino a concorrenza del massimale orario.

7. L'orario complessivo dell'incarico a tempo indeterminato e quello risultante da altre attivita' compatibili non puo' superare le 38 ore settimanali. Qualora il limite delle 38 ore risulti superato, l'incarico di continuita' assistenziale e' ridotto in misura uguale all'eccedenza.

8. Il medico decade dall'incarico qualora:

- insorga una situazione di incompatibilita';

- lo svolgimento di altre attivita' compatibili non consenta un incarico minimo di 12 ore settimanali.

9. Ai fini di quanto disposto dal comma 8, la Azienda contesta al medico la situazione di incompatibilita' entro 30 giorni dalla sua rilevazione.

10. Il disposto di cui al comma 8 si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale la Azienda effettua al medico la contestazione di incompatibilita'.

Art. 51 - Libera professione.

1. La libera professione puo' 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 attivita' libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.

3. Nell'ambito dell'attivita' libero professionale il medico di continuita' assistenziale puo' svolgere attivita' in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 52 - Compiti del medico.

1. Il medico che assicura la continuita' assistenziale deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dalla Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti.

2. Il medico e' tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali richiesti dall'utente o dalla centrale operativa, prima della fine del turno di lavoro. In particolari situazioni di necessita', ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico puo' eseguire prestazioni ambulatoriali.

3. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore.

4. In relazione a particolari esigenze dei medici, specie nel periodo estivo, puo' essere concordata con l'Azienda la concentrazione in un solo mese dell'orario di attivita' che i singoli medici dovrebbero svolgere nel corso di due mesi consecutivi; per i medici che svolgono almeno 36 ore di attivita' settimanale ai sensi dell'art. 50 puo' consentirsi il recupero mediante la concentrazione nell'arco di tre mesi non consecutivi dell'orario che i medici dovrebbero svolgere nel corso di 3 mesi consecutivi. Tale accorpamento, che non comporta variazione nei pagamenti mensili, puo' essere consentito, peraltro, solo se vengono garantite le ordinarie esigenze di servizio attraverso reciproche sostituzioni tra i medici titolari di incarico interessati.

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

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

b - generalita' 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.

6. Il medico utilizza solo a favore degli utenti registi, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura "Servizio continuita' assistenziale", fornitogli dalla Azienda per le proposte di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore per un massimo di 3 giorni, le prescrizioni farmaceutiche per una tempia d'urgenza e per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore.

7 Il medico in servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio. Al medico che e' 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.

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

9. Il medico in servizio di continuita' assistenziale puo' eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al nomenclatore tariffario dell'Allegato D, finalizzate a garantire una piu' immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero.

10. Le prestazioni di cui al precedente comma 9 sono retribuite aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante.

11. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:

- l'adesione alla sperimentazione dell'equipes territoriali di cui all'art. 15;

- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 31 comma 3;

- la segnalazione personale diretta al medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito dei casi di particolare complessita' rilevati nel corso degli interventi di competenza, oltre a quanto previsto dall'art. 54.

12. Il medico di continuita' assistenziale alle attivita' previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste attivita' vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso analogamente agli altri medici di medicina generale che partecipano a tali attivita'.

Art. 53 - Competenze delle Aziende.

1. L'Azienda e' tenuta a fornire al medico di continuita' assistenziale i farmaci e il materiale di pronto soccorso, necessari all'effettuazione degli interventi di urgenza individuati in sede regionale sentito il comitato di cui all'art. 12; in mancanza l'Azienda provvede tenendo conto delle indicazioni del comitato di cui all'art. 11.

2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di Servizio siano dotate di idonei locali, dotati di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici.
3. La Azienda, sentiti i medici interessati, predispone i turni e assegna, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica, le sedi di attività, nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra.
4. L'Azienda provvede altresì:
  - a) alla disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di radiotelefono e di strumenti acustici e visivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
  - b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate presso le centrali operative;
  - c) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici di continuità assistenziale.

#### Art. 54 - Rapporti con il medico di fiducia e le strutture sanitarie.

1. Il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (allegato "M"), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.
2. La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.
3. Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e - se del caso - la motivazione che ha indotto il medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che egli ritenga utile evidenziare.
4. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentano caratteristiche di urgenza.

#### Art. 55 - Sostituzioni e incarichi provvisori.

1. Il medico che non può svolgere il servizio deve avvertire il responsabile, indicato dalla Azienda che provvede alla sostituzione.
2. L'Azienda, per sostituzioni superiori a 9 giorni conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria regionale vigente di medicina generale, con priorità per i medici residenti nel territorio della Azienda.
3. L'incarico di sostituzione non può essere superiore a tre mesi.

Un ulteriore incarico può essere conferito presso la stessa o altra Azienda solo dopo una interruzione di almeno 10 giorni. L'incarico di sostituzione cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato.

4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 49, l'Azienda puo' conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai commi 2 e 3.

5. Per le sostituzioni inferiori a 10 giorni la Azienda organizza turni di reperibilita' oraria e utilizza i medici in reperibilita'.

6. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio della Azienda la impossibilita' di assicurare l'attivita', qualora non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il medico in reperibilita' oraria perche' lo sostituisca.

7. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 5 e per l'espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 11, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e puo' esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

8. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalita' di cui ai commi 2 e 3.

Art. 56 - Organizzazione della reperibilita'.

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

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

2. A tale scopo, l'atto del recepimento della graduatoria annuale definitiva, ciascuna Azienda individua - nell'ambito della medesima - i nominativi di tutti quei medici, residenti nell'Azienda e in subordinate nelle Aziende confinanti, che abbiano dato la loro disponibilita' ad effettuare i turni di reperibilita' predetti.

3. L'Azienda provvede quindi, preferibilmente periodicamente - utilizzando i medici sopra individuati, in ordine di graduatoria - a disporre i turni di reperibilita' domiciliare. Il numero dei medici in reperibilita', utilizzati per ciascuno turno, non puo' superare il numero dei medici previsti in guardia attiva nel turno corrispondente.

4. Qualora non vi siano medici in graduatoria, la Azienda puo' organizzare il servizio con i medici gia' convenzionati di continuita' assistenziale, che si dichiarino disponibili.

5. L'azienda fornisce, quindi, a tutti i medici addetti al servizio di continuita' assistenziale copia dell'elenco dei medici reperibili, contenente il recapito presso cui ciascuno di essi puo' essere reperito ed i turni che gli sono stati assegnati.

6. Il medico in turno di reperibilita' che non sia rintracciato al recapito indicato, viene escluso dai turni, con effetto immediato, salvo che il mancato reperimento sia dovuto a gravi e giustificati motivi.

7. Le ore effettuate in reperibilità domiciliare sono valutabili ai fini delle graduatorie regionali con il punteggio di cui all'art. 3.

8. Quando nelle Aziende non sia possibile, per cause eccezionali, utilizzare il sistema di reperibilità e' consentito, in caso di impedimento improvviso, che il titolare si faccia sostituire da altro titolare purché ne dia immediata preventiva comunicazione alle Aziende o in caso di oggettiva impossibilità al massimo entro il giorno successivo.

9. La sostituzione di cui al comma precedente può avvenire una sola volta nell'arco di un mese e non può avere durata superiore all'orario massimo settimanale di 24 ore.

Art. 57 - Trattamento economico.

I compensi per ogni ora di attività svolta ai sensi dell'art. 48 sono stabiliti secondo la seguente tabella:

01.0199 01.01.2000
onorario professionale 20.123 20.405
incremento quadriennale 646 656
indennità piena disponibilità 2.610 2.646
Incremento quadriennale i.p.d. 317 322

2. L'onorario professionale e incrementato, per ogni ora di attività dell'importo indicato in tabella al compimento di ogni quadriennio di anzianità di laurea dal primo giorno del mese successivo.

3. L'indennità di piena disponibilità spetta al medico che svolge esclusivamente attività di continuità assistenziale ad eccezione dei rapporti convenzionali di assistenza primaria, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi e della libera professione di cui all'art. 51. Tali medici debbono optare tra l'indennità di cui alla presente lettera e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo; l'indennità e' incrementata dell'importo indicato in tabella per ogni quadriennio di anzianità di laurea, dal primo giorno del mese successivo.

4. Il compenso aggiuntivo, e' corrisposto, con i criteri di cui all'art. 17, comma 1, lettera d, del D.P.R. n. 41/91. I compensi sono determinati nella misura corrisposta al 30 aprile 1992, salvi gli incrementi di cui al presente accordo, come specificato all'art. 45, lettera A2, comma 2.

5. Per lo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 52, commi 8 e 11, e' corrisposto al medico un compenso per ogni ora di incarico pari a lire 1.713, con decorrenza 01.01.2000. Al medico spettano eventuali quote variabili per prestazioni o attività aggiuntive previste dagli accordi regionali.

6. 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'indennità pari al costo di un litro di benzina super per ogni ora di attività, nonché adeguata coperta assicurativa dell'automezzo.

7. Su tutti i compensi di cui al comma 1 e 4, 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 13% di cui l'8,125% a proprio carico e il 4,875% a carico del medico.

8. L'Azienda versa all'ENPAM, con i tempi e le modalita' di cui al comma precedente, un contributo dello 0,36% sull'ammontare delle voci onorario professionale e compenso aggiuntivo, comma 4, affinche' questo provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo provvedono a stipulare apposito accordo, mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica, contro il mancato guadagno del medico per malattia, gravidanza, puerperio e infortunio, anche in relazione al disposto della legge n. 379/90.

9. I compensi, indipendentemente dalle modalita' attraverso le quali viene assicurata la continuita' assistenziale, sono corrisposti dalla Azienda direttamente al medico che svolge l'attivita'.

Art. 58 - 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 continuita' assistenziale contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attivita' professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, sempre che l'attivita' 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, nonche' i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.

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

a) lire 1,5 miliardi per morte od invalidita' permanente;

b) lire 100.000 giornaliere per invalidita' temporanea assoluta con un massimo di 300 giorni l'anno.

3. La relativa polizza e' stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

Art. 59 - Assistenza ai turisti.

1. Sulla base di apposite determinazioni a livello regionale, le Aziende nel cui territorio si trovano localita' di notevole afflusso turistico possono organizzare - limitatamente al periodo in cui, di norma, si riscontra il maggior numero di presenze giornaliere - un servizio stagionale di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti.

2. Gli incarichi a tal fine conferiti non possono in ogni caso superare la durata di tre mesi e non possono essere attribuiti a medici gia' titolari di altro incarico o rapporto convenzionale.

3. Il trattamento economico e' definito sulla base di intese regionali con sindacati firmatari maggiormente rappresentativi.

#### CAPO IV

#### LE ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

Art. 60 - Attivita' programmate.

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



a - medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;

b - medici convenzionati per la continuita' assistenziale con 12 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 48, secondo l'anzianita' d'incarico;

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

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

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

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

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

4. L'Azienda interpella il medico secondo l'ordine di prioritita' indicato al comma 1, indicando il tipo e la data di inizio della attivita', l'ubicazione della sede o delle sedi, l'orario di lavoro e la durata dell'attivita', mediante raccomandata postale con avviso di ricevimento o mediante comunicazione scritta interna alla Azienda, da cui deve risultare il ricevimento da parte dell'interessato con firma e data su una copia.

5. Il medico interpellato e' invitato contestualmente a presentarsi entro 5 giorni per l'accettazione. La mancata presentazione entro il termine stabilito e' considerata come rinuncia. L'assegnazione dell'attivita' deve risultare da provvedimento del Direttore generale.

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

Art. 61 - Compenso.

1. Le prestazioni ed attivita' sono effettuate secondo modalita' organizzative, normative e compensi, comprensivi dei contributi ENPAM, concordati dalle Regioni con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale.

2. I compensi vengono corrisposti il mese successivo allo svolgimento dell'attivita'.

CAPO V

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Art. 62 - Generalita' e campo di applicazione.

1. Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art.

8, comma 1 bis del decreto legislativo n. 509/92 e successive modificazioni, l'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente ed in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e dell'Atto d'intesa tra Stato e

Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.5.96.

Art. 63 - Individuazione e attribuzione degli incarichi.

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

2. Individuata la vacanza di incarico, la Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

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

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

a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli elenchi vacanti e nelle Aziende, di altre regioni, anche diverse, ancorche' non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno due anni e da almeno tre anni 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 unita' piu' vicina. In caso di disponibilita' di un solo posto per questo puo' essere esercitato il diritto di trasferimento;

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

b1) medici gia' incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuitaa' assistenziale, di cui al capo III;

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

5. I medici concorrenti devono essere in possesso, per accedere ai servizi di emergenza sanitaria territoriale, dell'attestato di idoneita' rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 22, comma 5, del D.P.R. n.292/87, del D.P.R. n. 41/91 o dall'art. 66 del D.P.R. n. 484/96 e dall'art 66 del presente accordo.

6. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o piu' degli incarichi vacati pubblicati, in conformita' allo schema di cui agli Allegati Q/2 o Q/5.

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

8. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti i medici di cui al punto b3), lettera b), comma 4 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoriaregionale;

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

c) attribuzione di punti 15 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

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

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

11. L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 4 in base alla anzianita' di servizio: laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 4, lettera b1) e b2) secondo l'anzianita' di servizio, e b3) in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 8.

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

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

b) l'anzianita' di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, ancorche' gia' computato nell'anzianita' di cui alla lettera a).

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

13. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

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

15. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

16. La Regione, sentito il comitato di cui all'art. 12 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

17. È cancellato dalla graduatoria regionale, ai soli fini degli incarichi concernenti la emergenza sanitaria territoriale, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo.

18. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui al precedente comma 4 lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

Art. 64 - Massimale orario.

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

2. L'Azienda, eccezionalmente e per un massimo di mesi otto non rinnovabili, può conferire incarichi provvisori ai sensi dell'art.67, comma 3, oltre che per 38 ore settimanali, anche a tempo parziale per 24 ore settimanali; in tale caso lo svolgimento di altre attività compatibili comporta la riduzione di queste in misura corrispondente all'eccedenza. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in reazione ad obiettive difficoltà di organizzazione del servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell'emergenza sanitaria territoriale.

3. L'orario complessivo dell'incarico a tempo parziale di cui al precedente comma e quello risultante da altre attività orarie compatibili non può superare le 38 ore settimanali.

4. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore.

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

5. Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attività continuativa può superare le 12 ore, ma mai comunque le 15 ore.

6. 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.

Art. 65 - Compiti del medico - Libera professione.

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

a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigent normativa;

b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenza;

c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;

d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

2. I medici di cui al comma precedente possono inoltre, sulla base di appositi accordi regionali ed aziendali:

a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende sanitarie e nelle strutture di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda stessa facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;

b) essere utilizzati per attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;

c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio;

d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa ed ala rotante.

3. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e aggiornamento del personale non medico del servizio.

4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale in possesso del titolo di animatore di formazione possono essere attribuiti anche compiti di formazione e aggiornamento del personale medico del servizio.

5. Sulla base di apposita programmazione regionale e aziendale i medici dell'emergenza possono partecipare, secondo accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.

6. Il medico addetto alla centrale operativa deve essere fisicamente presente al suo posto durante il turno di servizio.

7. Il medico in turno di servizio assistenziale deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.

8. Il medico di turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'art. 68.

9. Il medico incaricato per le attività di emergenza sanitaria territoriale può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e

puntuale svolgimento dei compiti convenzionali. Il medico che svolge attivita' libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in tal senso.

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

1. Al fine di esercitare le attivita' indicate dall'articolo precedente i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneita' all'esercizio dell'attivita' di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi.
2. Le Regioni formulano, con i criteri di cui all'art. 8, comma 1 e tenendo conto delle linee guida previste dall'allegato del presente Accordo, il programma di un apposito corso di formazione della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico.
3. Le Aziende di norma quantificano entro il 30 giugno dell'anno precedente il proprio fabbisogno di personale medico da utilizzare, nell'anno successivo, per le esigenze complessive (incarichi, sostituzioni e reperibilita') dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro il 31 dicembre uno o piu' corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicita' sul Bollettino ufficiale regionale.
4. Ai corsi partecipano, i medici gia' incaricati nei servizi di continuita' assistenziale residenti nella stessa Azienda secondo l'anzianita' di incarico; in carenza di medici disponibili possono partecipare ai corsi i medici incaricati di continuita' assistenziale residenti in Aziende limitrofe, secondo l'anzianita' di incarico.
5. In caso di mancanza di medici disponibili alla frequenza del corso di idoneita' alle attivita' di sanitaria territoriale tra quelli aventi diritto ai sensi del comma 4, la Azienda puo' ammettere al corso un numero di medici incaricati di continuita' assistenziale in ambito regionale pari ai relativi posti vacanti e secondo l'anzianita' di incarico.
6. Qualora, dopo aver individuato gli aventi titolo ai sensi dei commi precedenti, sussista una ulteriore disponibilita' di posti, questi vengono assegnati secondo l'ordine della graduatoriaregionale.
7. Il corso si conclude con un giudizio di idoneita', o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneita' allo svolgimento di attivita' di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende unita sanitarie locali.

#### Art. 67 - Sostituzioni, incarichi provvisori - Reperibilita'.

1. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio della Azienda la impossibilita' di assicurare l'attivita' durante il turno previsto, qualora egli non sia in grado di farlo tempestivamente, contatta il responsabile della centrale operativa, affinche', utilizzando la lista di cui al comma 1, provveda alla sostituzione.
2. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni previste dall'articolo 5, deve essere sostituito da un medico nominato dalla Aziende con incarico provvisorio.
3. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, l'Azienda puo' conferire incarichi provvisori, secondo le

disposizioni di cui al successivo comma 5. L'incarico provvisorio non puo' essere superiore a otto mesi. Un ulteriore incarico puo' essere conferito presso la stessa Azienda allo stesso medico solo dopo una interruzione di almeno 30 giorni dalla cessazione del precedente incarico provvisorio di emergenza sanitaria. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.

4. Per esigenze relative a imponenti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze sperimentali, le aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo incarichi provvisori della durata massima di mesi sei non rinnovabili, a medici inseriti nella graduatoria regionale in possesso dell'attestato di cui all'art. 63, comma 5.

5. Gli incarichi provvisori conferiti dell'Azienda ai sensi dei precedenti commi 3 e 4, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella vigente graduatoria in possesso dell'attestato di cui art. 63 comma 5, e secondo l'ordine delle stesse, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.

6. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalita' di cui al precedente comma 5.

7. Considerate le peculiarita' del servizio di emergenza territoriale, le professionalita' necessarie e la responsabilita' intrinseca al servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, in ogni centrale operativa, almeno un medico del servizio di emergenza e', a rotazione, tenuto in reperibilita' domiciliare per turni di 12 ore.

8. L'Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, turni di reperibilita' domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. I turni mensili di reperibilita' eccedenti il numero di 4 vengono retribuiti mediante accordi regionali.

9. Ulteriori reperibilita' possono essere attivate in relazione a specifiche necessita' determinatesi nell'ambito del servizio.

10. Il numero dei medici in reperibilita', utilizzati per ciascun turno, non puo' essere inferiore al rapporto di 1 reperibile per 6 medici in guardia attiva nel turno corrispondente. Sono fatti salvi eventuali differenti accordi regionali gia' in essere all'atto della pubblicazione del presente Accordo.

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

Art. 68 Trattamento economico - Riposo annuale - Assicurazione conto i rischi derivanti dall'incarico.

1. Per i compiti di cui all'art. 65, comma 1 ai medici addetti ai servizi di emergenza sanitaria territoriale spettano i compensi perorni ora di attivita' secondo la seguente tabella:

01.01.1999	01.01.2000
onorario professionale	20.123 20.405
incremento quadriennale	646 656
indennità piena disponibilità	2.610 2.646
Incremento quadriennale i.p.d.	317 322

2. L'onorario professionale e' incrementato, per ogni ora di attivita', dell'importo indicato in tabella al compimento di ogni quadriennio di anzianita' di laurea dal primo giorno del mese successivo.

3. L'indegnita' di piena disponibilita' spetta al medico che svolge esclusivamente attivita' di emergenza sanitaria territoriale ad eccezione dei rapporti convenzionali di assistenza primaria, continuita' assistenziale, medicina dei servizi e della libera professione di cui all'art. 65. Tali medici debbono optare tra l'indennita' di cui alla presente lettera e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo; l'indennita' e' incrementata dell'importo indicato in tabella per ogni quadriennio di anzianita' di laurea, dal primo giorno del mese successivo.

4. Il compenso aggiuntivo e' corrisposto con i criteri di cui all'art. 17, comma 1, lettera d, del D.P.R. n. 41/91. I compensi sono determinati nella misura corrisposta al 30 aprile 1992, salvi gli incrementi di cui al presente accordo, come specificato all'art. 45, lettera A2 comma 2.

5. Per lo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 67, comma 8, e' corrisposto al medico un compenso per ogni ora di incarico pari a lire 1.713, con decorrenza 1.1.2000.

6. Gli accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 65, commi 2, 3, 4, e 5 nonche' di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle attivita' relative agli accordi medesimi.

7. Su tutti i compensi di cui al comma 1, l'Azienda versa trimestralmente e con modalita' che assicurino l'individuazione dell'entita' 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 13% di cui l'8,125% a proprio carico e il 4,875% a carico del medico.

8. L'Azienda versa all'ENPAM, con i tempi e le modalita' di cui al comma precedente, un contributo dello 0,36% sull'ammontare delle voci onorario professionale e compenso aggiuntivo, di cui ai commi 1 e 4, affinche' questo provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo provvedono a stipulare apposito accordo, mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica, contro il mancato guadagno del medico per malattia, gravidanza, puerperio e infortunio, anche in relazione al disposto della legge n. 379/90.

9. I casi sono corrisposti dalla Azienda direttamente al medico che svolge l'attivita'.

10. Al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi, 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 tale di ore lavorative pari a tre volte l'impegno orario settimanale.

Qualora sussistano eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo e' ridotto in misura proporzionale.

Il periodo di riposo annuale e' commisurato alla durata dell'incarico.

11. 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 od in occasione dell'attivita' 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. 65 del presente Accordo.

12. La copertura assicurativa di cui al comma 11 è estesa anche ai danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal Presente Accordo.

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

a. lire 1,5 miliardo per morte od invalidità permanente;

b. lire 100.000 giornaliere per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.

14. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

15. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria attività professionale di istituto.

## CAPO VI

### GLI ACCORDI REGIONALI

Art. 69 - Ambiti convenzionali di livello regionale.

1. Gli Accordi regionali di cui all'art. 8 del decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle regioni rispetto a quelli dell'Accordo collettivo nazionale e coerenti con i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

2. Gli accordi regionali definiscono i compiti e le attività svolte dai medici di medicina generale:

a) in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale;

b) in forma associativa complessa ed integrata;

c) per il rispetto di livelli di spesa programmati.

3. Nell'ambito degli Accordi di cui al presente Capo, le Regioni definiscono ed indicano le modalità tecnico-organizzative per l'armonizzazione delle attività di medicina generale assicurate dalle diverse Aziende.

4. La armonizzazione delle attività delle diverse Aziende assume particolare rilievo riguardo alla realizzazione di azioni programmatiche e progetti assistenziali mirati, oltre che di specifici interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria, particolarmente per quelli che interessano cittadini assistiti da medici operanti nello stesso comune e iscritti negli elenchi di Aziende diverse.

Art. 70 - Prestazioni e attività aggiuntive.

1. Gli accordi regionali possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, per:

a - interventi sanitari relativi all'età anziana, con la formulazione del piano assistenziale, compresa la parte riabilitativa e la compilazione di una scheda relativa dei bisogni degli anziani a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e delle collettività;

b - assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali, in un rapporto coordinato e secondo linee guida professionali definite a livello nazionale o regionale;

c - processi assistenziali riguardanti patologie sociali secondo protocolli che definiscono le attività del medico generale e i casi di ricorso al livello specialistico (diabete, ipertensione, forme invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma, forme neurologiche, ecc.);

d - assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale, anche in forma sperimentale con particolare riguardo alle cure palliative;

e - sperimentazione di iniziative di telemedicina (telesoccorso, cardiotelefono, teleconsulto ecc.);

f - partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale (es. progetti obiettivo) coinvolgenti il medico generale per prestazioni non previste dall'Accordo nazionale;

g - prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato D), parte "A" e "B".

2. Gli accordi regionali possono definire linee guida di priorità in merito a:

a - iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute (attività motoria, incidenti domestici e stradali, rischio alimentare, tabagismo, alcolismo, uso di droghe, pianificazione familiare, malattie a trasmissione sessuale, cadute dell'anziano.

ecc.) nei confronti di singoli soggetti o gruppi di popolazione;

b - attività di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione, in particolare contro i rischi oncologici (utero, seno, colonretto, melanoma ecc.), metabolici e cardiovascolari, anche mediante richiamo periodico delle persone sane.

3. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento delle seguenti attività:

a - partecipazione a procedure di verifica della qualità che, oltre a promuovere la qualità delle prestazioni sanitarie, costituisca un aspetto del processo di verifica dei tetti di spesa sulla base di revisioni tra pari e applicazione di linee guida, così da determinare la eliminazione o la correzione di difetti nella erogazione delle prestazioni;

b - svolgimento di attività di ricerca epidemiologica, compresa la segnalazione di eventi sentinella e la partecipazione alla tenuta di registri per patologie, sulla base di protocolli concordati a livello regionale;

c - attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale, presidi delle Aziende ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (medico generale - specialista - servizi ospedalieri), anche a fini di ricerca epidemiologica e di management della spesa;

d - fornitura di dati sanitari, anche attraverso flussi informativi a fini epidemiologici, di valutazione della qualita' delle prestazioni e dei relativi costi.

4. Gli accordi regionali devono prevedere la disciplina dell'attivita' didattica e tutoriale dei medici di medicina generale, con particolare riguardo alla formazione specifica in medicina generale di cui ai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256 e 17/8/99 n. 368.

Art. 71 - Associazionismo medico.

1. Gli accordi regionali disciplinano, in via esclusiva, la sperimentazione di ulteriori forme associative oltre a quelle previste dall'articolo 40, tra medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente Accordo.

2. Tra le forme associative sperimentabili negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrare che prefigurano la presenza al proprio interno di differenti figure professionali mediche e non, con elementi di elevata integrazione dell'assistenza ambulatoriale o che realizzino livelli assistenziali, anche del tipo di ricovero residenziale e semi residenziale che possano costituire alternativa al ricovero in strutture ospedaliere.

3. La sperimentazione delle forme associative, come individuate ai sensi dei precedenti commi, puo' prevedere:

a) la gestione da parte della associazione di locali, attrezzature e personale, forniti direttamente dalle Aziende o indirettamente attraverso accordi con altri soggetti;

b) la gestione di studi e attivita' professionali complesse, sulla base di appositi standard definiti a livello nazionale o regionale;

c) differenti mobilita' di erogazione dei compensi;

d) la dislocazione delle sedi e il collegamento tra queste.

4. La sperimentazione delle forme associative e' finalizzata anche ad utilizzare l'attivita' di altri operatori sanitari da parte dell'associazione per erogare prestazioni ulteriori, rispetto a quelle fornite dal medico di medicina generale, in particolare:

a) assistenza specialistica di base;

b) prestazioni diagnostiche;

c) assistenza infermieristica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;

d) assistenza sociale, integrata alle prestazioni sanitarie ove consentita in base alle norme regionali.

5. L'associazione puo' partecipare allo svolgimento delle attivita' e compiti previsti dagli accordi regionali di cui agli art. 70 e 72.

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

1. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

2. Agli effetti del presente Accordo e nell'ambito di programmi aziendali e distrettuali concernenti anche il rispetto di limiti tecnici di spesa per micro e macro attivita', sono definiti livelli di spesa programmati gli obiettivi da raggiungere secondo scaglionamenti e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, facenti parte di un dettagliato progetto complessivo che costituisce il supporto tecnico-operativo del livello programmato di spesa.

3. I livelli di spesa programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attivita' mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

4. Il rispetto dei livelli di spesa programmati e' correlato, secondo il disposto del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.

5. Sono individuati livelli di spesa di:

- a) primo grado, quando il progetto interessi microattivita' cliniche o gestionali distrettuali;
- b) secondo grado, quando il progetto interessi macroattivita' cliniche o gestionali distrettuali;
- c) terzo grado, quando il progetto interessi aree di attivita' cliniche o gestionali Aziendali.

6. I progetti a livello di spesa programmato devono comunque essere realizzati tenendo conto:

- della spesa storica corrispondente;
- dell'analisi dello spettro di popolazione di riferimento in relazione all'obiettivo proposto;
- dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;
- della disponibilita' di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto;
- di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;
- della distinzione delle spese direttamente indotte dai medici di medicina generale e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;
- dell'effetto derivante da incrementi dei costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci o introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);
- di eventuali altre disposizioni previste dagli Accordi regionali e aziendali.

7. Il progetto a livello di spesa programmato deve prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualita', al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

8. Gli Accordi regionali o aziendali definiscono la tipologia degli incentivi previsti per i progetti a livello di spesa programmato (disponibilita' di beni e servizi, finanziamento delle attivita' distrettuali, premi parziali per i medici, ecc.) e la loro eventuale articolazione all'interno del progetto.

#### Art. 73 - Contrattazione.

1. Gli accordi regionali sono stipulati dall'organo competente secondo l'ordinamento regionale e dai sindacati maggiormente rappresentativi dei medici di medicina generale ai sensi dell'art.10, comma 9.

2. La contrattazione per la definizione degli Accordi regionali e' attivata entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo sulla Gazzetta Ufficiale.

3. Il Presidente dell'Ordine provinciale del capoluogo di regione, o suo delegato, sottoscrive gli Accordi per gli aspetti di deontologia professionale. Qualora gli Accordi regionali non riguardino tutto l'ambito regionale ma una o alcune Aziende, i Direttori Generali partecipano alla trattativa e li sottoscrivono.

4. Eventuali rilievi da parte ordinistica all'Accordo Regionale sono effettuati entro 30 giorni dal suo ricevimento.

5. Le parti firmatarie, esaminati i rilievi mossi da parte ordinistica, riesaminano l'Accordo per le parti contestate ed assumono, ove lo ritengano opportuno, le necessarie modifiche.

6 Gli Accordi regionali sono vincolanti nei confronti dei medici convenzionati nella Regione per i compiti previsti. In alternativa puo' essere espressamente prevista, per altre attivita', l'adesione volontaria ad iniziative specifiche contenute negli accordi.

7. Gli Accordi regionali possono prevedere, in relazione alle specificita' del loro contenuto:

- il possesso di particolari requisiti da parte del medico convenzionato per la partecipazione alle attivita' concordate;

- l'uso da parte dei medici convenzionati di locali, attrezzature e personale fornito direttamente dalla Azienda, o mediante rapporti con terzi, o dai medici stessi;

- appositi standard di ambulatorio per le prestazioni oggetto di accordo.

8 Gli Accordi regionali devono prevedere altresì:

a) la disciplina dei rapporti tra i dirigenti delle attivita' distrettuali e i medici convenzionati in relazione al tipo di attivita';

b) la regolamentazione dei rapporti tra gli operatori coinvolti.

#### Art. 74 - Compensi.

1. Gli Accordi regionali disciplinano le modalita' di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti in rapporto al tipo di attivita' svolta dal medico convenzionato, anche in forma associata, nelle seguenti forme:

- a) quota capitaria annuale (es.: rispetto livello di spesa programmata);
- b) quota capitaria per caso trattato (es.: anziani piano assistenziale e schede bisogni);
- c) a prestazione (es.: prestazioni aggiuntive ulteriori, fornitura dati sanitari);
- d) a compenso orario (es.: didattica);
- e) a compenso fisso per obiettivo (es.: verifica qualita');
- f) rimborso spese (es.: attivazione sistema informativo integrato).

2 Nelle forme integrate di erogazione dell'attivita' professionale puo' essere prevista la fornitura di personale, locali ed attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui al comma precedente.

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

Art. 75 - La contrattazione aziendale.

1. Gli Accordi regionali di cui al presente Capo disciplino anche la materia della contrattazione aziendale, da svolgersi presso il Comitato di cui all'art. 11, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica rispetto agli obiettivi generali della programmazione regionale, particolarmente in materia di:

- a) ambito di riferimento;
- b) tempi di riferimento;
- c) obiettivi assistenziali;
- d) strumenti operativi;
- e) modelli di distrettualizzazione;
- f) modelli di VRQ;
- g) effetti temporali.

Art. 76 - Condizioni disagiate di attivita' professionale.

Nell'ambito degli Accordi regionali di cui al presente Capo possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficolta' di espletamento dell'attivita' convenzionale, quali, ad esempio, la frammentazione degli insediamenti abitativi nell'ambito territoriale, l'onerosita' dei locali di studio, le difficolta' di percorrenza nei tragitti per le attivita' domiciliari.

NORME FINALI NORME TRANSITORIE DICHIARAZIONI A VERBALE

## NORME FINALI

### Norma Finale n. 1

1. I medici che alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente Accordo risultano iscritti negli elenchi dei medici di assistenza primaria convenzionati con le Aziende sono confermati nel rapporto convenzionale, salvi il possesso dei requisiti prescritti e l'applicazione delle norme in materia di incompatibilit .

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

### Norma Finale n. 2

1. Le Aziende, Salvo diverse determinazioni regionali, entro 12 mesi dalla Pubblicazione del presente Accordo, nei confronti dei medici di emergenza sanitaria territoriale incaricati a tempo indeterminato per un numero di ore inferiore a 38, provvedono alla conferma per un incarico a tempo pieno, cioe' a 38 ore settimanali.

Tale incremento di orario e' effettuato solo qualora sia determinato dalle esigenze del servizio e nell'ordine derivante dalla anzianita' dell'incarico a tempo indeterminato.

### Norma Finale n. 3

1. Al fine di adeguare l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attivita' della medicina dei servizi, alla normativa prevista dall'art. 8, comma 1 e 1 bis, del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato, le parti approvano il testo di cui all'Allegato "N" che costituisce la disciplina giuridica ed economica del rapporto di lavoro dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato, in sostituzione della regolamentazione prevista dall'Allegato "N" al D.P.R. n. 484/96.

2. I medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi del Capo II del D.P.R. n. 218/92 e confermati in forza all'art. 8, comma 1 bis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sono utilizzati nelle attivita' orarie indicate dal suddetto decreto presidenziale.

### Norma Finale n. 4

Qualora non sia iniziata la trattativa per il rinnovo dell'Accordo entro la scadenza stabilita, le parti si impegnano a definire, con specifica trattativa, da concludersi entro 90 giorni dalla data della scadenza dell'Accordo, le variazioni annuali della voce "concorso delle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario" facente parte del compenso capitaro.

### Norma Finale n. 5

1. Le parti convengono che, in caso di mancato rinnovo contrattuale, il conferimento degli incarichi di assistenza primaria e di continuit  assistenziale relativi agli ambiti territoriali e agli incarichi vacanti rilevati dal 2001 avviene nella misura del 67% e del 33% a favore rispettivamente degli

aspiranti di cui all'articolo 3, comma 3, lettera a) e lettera b). Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due percentuali di aspiranti, le stesse vengono assegnate all'altra percentuale di aspiranti.

#### Norma Finale n. 6

1. Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2, 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, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare alla assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 3, comma 6, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio.

#### Norma Finale n. 7

1. Le parti concordano che la dicitura Medico di libera scelta, medico di assistenza primaria e medico di famiglia sono usati, nel testo dell'accordo come sinonimi.

#### Norma Finale n. 8

1. Ai fini del calcolo del rapporto ottimale, i medici ex-associati concorrono, a tutti gli effetti e non in sovrannumero, alla determinazione del numero di medici iscrivibili negli elenchi della assistenza primaria, così come definito all'articolo 19, comma 7 e all'allegato B del presente Accordo.

#### Norma Finale n. 9

1. Gli Accordi regionali disciplinano le modalità con cui gli studi associati 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'intero ammontare dei compensi di ogni singolo professionista.

#### Norma Finale n. 10

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. 2 del presente Accordo ed ai medici di cui alle norme transitorie n. 6 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 sono graduati nell'ordine dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea, dalla minore età.

#### Norma Finale n. 11



1. Al medico che alla data di pubblicazione del presente Accordo abbia già dichiarato una autolimitazione del proprio massimale delle scelte inferiore a quanto previsto dall'articolo 25, comma 6, tale autolimitazione è confermata a richiesta, da esercitarsi entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, e fino a che la propria posizione soggettiva resti immutata.

#### Norma Finale n. 12

1. I medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale 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 utilizzati nei servizi a terra delle centrali operative o collaborano nei presidi fissi delle attività di emergenza o di Pronto Soccorso.

#### Norma Finale n. 13

1. Lo stato di gravidanza nel periodo di astensione obbligatoria dal lavoro al momento di attribuzione dell'incarico non è ostativo al suo conferimento ma ne determina l'immediata sospensione.

#### Norma Finale n. 14

In considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione e del conseguente incremento dalle patologie cronico-degenerative, le parti convengono che gli Accordi regionali siano prioritariamente indirizzati a dare impulso, allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare nelle forme previste dal presente Accordo, ed in particolare dell'assistenza domiciliare integrata, e di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.

### NORME TRANSITORIE

#### Norma Transitoria n. 1

1. I minori che abbiano compiuto il sesto anno di età possono essere assegnati al medico di medicina generale.

#### Norma Transitoria n. 2

1. Nell'anno di pubblicazione del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si utilizzano i criteri di assegnazione e la graduatoria regionale di cui al D.P.R. n. 484/96.

2. Nell'anno successivo a quello di pubblicazione del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si utilizza la graduatoria redatta ai sensi del D.P.R. n. 484/96.

#### Norma Transitoria n. 3

1. Le parti convengono che i procedimenti disciplinari pendenti alla data di pubblicazione del presente accordo, vengono definiti secondo i criteri e le procedure di cui agli Accordi collettivi nazionali vigenti alla data delle relative contestazioni.

#### Norma Transitoria n. 4

1. Il disposto di cui all'art. 4, comma 4, del presente Accordo non si applica, per la sola durata della presente convenzione e fatta salva la perdita, per scelta intercorrente del medico, di uno o piu' dei rapporti convenzionali detenuti, ai medici che alla data di pubblicazione del presente Accordo siano gia' titolari di piu' di due rapporti convenzionali.

#### Norma Transitoria n. 5

1. In attesa della effettiva operativita' delle norme concernenti la formazione professionale da attuarsi secondo la disciplina prevista dal decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato, ed in base all'art. 8 del presente Accordo, continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'art. 8 dell'Accordo collettivo nazionale reso esecutivo con il D.P.R. n. 484/96.

#### Norma Transitoria n. 6

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di idoneita' all'esercizio delle attivita' di emergenze sanitaria territoriale nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale, e' concessa, al fine di consentire la piena operativita' delle rete degli operatori dell'emergenza, l'attribuzione di incarichi provvisori di emergenza sanitaria, nei casi in cui questi non sono stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo e in possesso del previsto attestato, per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di idoneita' previsto, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma sono graduati nell'ordine dal voto di laurea, dall'Anzianita' di laurea, dalla minore eta'.

#### Norma Transitoria n. 7

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n.256/91 nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale e' consentita, al fine di non creare discontinuita' nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di formazione specifico, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma sono graduati nell'ordine dal voto di laurea, dall'anzianita' di laurea, dalla minore eta'.

#### Norma Transitoria n. 8

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 229/99 dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalita' di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, le parti convengono che il termine per l'entrata in vigore a regime del limite di eta' per la cessazione del rapporto convenzionale previsto dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo collettivo nazionale, sara' individuato a seguito di specifica intesa tra le parti firmatarie della presente convenzione nazionale, dopo che saranno definiti e disciplinati nelle sedi competenti con il concorso dell'ENPAM e delle parti firmatarie stesse, gli aspetti ed effetti previdenziali conseguenti all'introduzione dei nuovi limiti di eta', secondo quanto stabilito dall'art. 15-nonies del decreto legislativo n. 229/99.

2. Fino a quando non entrera' in vigore il limite di eta' stabilito dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo collettivo nazionale, continua ad applicarsi l'art. 6, comma 1, lettera a), del D.P.R. n. 484/96.

#### Norma Transitoria n. 9

1. Le parti convengono che il presente Accordo collettivo nazionale, compresi i suoi allegati, rimane in vigore fino a che non sia stato perfezionato e reso esecutivo con la pubblicazione del Decreto del Presidente della Repubblica, l'Accordo collettivo nazionale valido nel triennio successivo, con decorrenza 01.01.2001, come previsto dall'art. 8, comma 1, del D L.vo n. 502/92 e successive modifiche.

#### Norma Transitoria n. 10

1. Sono fatti salvi per la durata prevista gli effetti giuridici ed economici stabiliti dagli Accordi regionali vigenti in favore dei medici impegnati nelle attivita' di emergenza sanitaria territoriale.

#### Norma Transitoria n. 11

1. Il termine di tre anni di cui all'art. 6, comma 3, decorre dalla data di pubblicazione del presente Accordo.

#### Norma Transitoria n. 12

1. Sono fatti salvi, per la durata prevista, gli effetti giuridici ed economici stabiliti dagli Accordi regionali vigenti stipulati ai sensi del Capo VI del D.P.R. n. 484/96.

### DICHIARAZIONE A VERBALE

#### Dichiarazione a Verbale n. 1

1. Le parti raccomandano al Ministero della sanita' che tra i titoli di servizio valutabili ai fini dei concorsi per il personale medico dipendente del S.S.N. sia dato rilievo all'attivita' di medico di medicina generale convenzionato, con particolare riguardo agli addetti ai servizi di emergenza sanitaria territoriale e di medicina dei servizi.

#### Dichiarazione a verbale n. 2

1. Le parti chiariscono che le dizioni Regioni, Amministrazione regionale, Giunta regionale, Assessore regionale alla sanita' usate nel testo dell'accordo valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle provincie autonome di Trento e Bolzano.

Dichiarazione a verbale n. 3

1. Le parti raccomandano al Ministro della Sanita' che una rilevante percentuale dei posti disponibili per la frequenza ai corsi di formazione di medicina generale, previsti dal decreto legislativo n.256/91 e successive modificazioni, sia riservata a medici abilitati all'esercizio professionale dopo il 31.12.94.

Dichiarazione a verbale n. 4

1. Le parti chiariscono che la dizione "medico di medicina generale" si riferisce a tutti i medici convenzionati con le Aziende ai sensi del presente Accordo.

Dichiarazione a verbale n. 5

1. Le parti convengono che tra i compiti affidati ai medici dal presente Accordo non rientrano le funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria.

Dichiarazione a verbale n. 6

1. Le parti si impegnano a dare preferenza nel conferimento degli incarichi per le centrali di ascolto ai medici portori di handicap motori o visivi, in ordine di anzianita' di laurea o, in subordine, di voto di laurea.

Dichiarazione a verbale n. 7

1. Le parti raccomandano al Ministero della Sanita' di emanare, sentite le parti interessate, una norma idonea ad adeguare il modello prescrizione-proposta di cui al DM n. 350/88, alla normativa vigente anche per le esigenze poste dalla compensazione infraregionale e extraregionale nonche' dalla nuova impostazione del regime di esenzione del cittadino dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

2. Le parti raccomandano inoltre al Ministero della Sanita' l'adozione di idonei strumenti normativi e tecnici atti a consentire la puntuale individuazione del medico prescrittore, anche al fine di facilitare l'attribuzione delle specifiche responsabilita' nell'ambito del rispetto dei livelli di spesa programmati.

Dichiarazione a verbale n. 8

1. Le parti convengono di affrontare, d'intesa con la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri, tutte le tematiche deontologiche poste dalla "Carta dei servizi sanitari" con riferimento anche alla evidenziazione della qualificazione professionale del medico.

Dichiarazione a verbale n. 9

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

Dichiarazione a verbale n. 10

Le parti, per agevolare i medici che hanno conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale, in quelle regioni in cui tale corso di formazione sia iniziato l'anno successivo a quello di promulgazione del bando, sollecitano il Ministero della Sanita' ad emanare un dispositivo di legge che consenta a tali medici di poter essere iscritti nella graduatoria regionale unica valida per l'anno successivo a quello di conseguimento del relativo titolo.

Dichiarazione a verbale n. 11

Le parti concordano che occorra operare, anche attraverso modifiche legislative di Accordi regionali, affinche' la certificazione di idoneita' per la pratica di attivita' sportive non agonistiche, venga effettuata esclusivamente o prevalentemente dai medici di famiglia.

In tale contesto e' auspicabile che, attraverso accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi, siano tutelati quei cittadini, soprattutto giovani che, senza alcun esborso economico diretto o indiretto, aderiscono a societa' sportive.

Dichiarazione a verbale n. 12

Le parti auspicano che, anche mediante idonee modifiche legislative, possa essere consentito ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale di poter essere iscritti alle scuole di specializzazione di cui ai decreti legislativi n. 257/91 e n.368/99.

Dichiarazione a verbale n. 13

Le parti convengono sull'opportunita' che di Accordi regionali con i sindacati maggiormente rappresentativi individuino le modalita' atte ad assicurare, in ogni ambito territoriale carente, l'assistenza all'interno del Servizio sanitario nazionale, mediante l'esercizio della libera scelta del medico da parte dell'assistito.

Dichiarazione a verbale n. 14

Le parti, nel ribadire l'importante funzione che puo' essere svolta dalle varie forme associative per il miglioramento della qualita' dell'assistenza in coerenza con le previsioni del decreto legislativo n. 229/99, convengono sull'opportunita' che la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, costituiti sulla base della normativa vigente, valorizzi il ruolo delle varie forme societarie che il decreto legislativo stesso individua come partners nel perseguimento degli obiettivi dichiarati.

ALLEGATI

-----  
Allegato A.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA  
GENERALE

RACCOMANDATA

Bollo

All'assessorato alla Sanità Regione

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il M() F() codice fiscale \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Azienda U.S.L. di residenza

## CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del decreto legislativo 30.12.92, n. 502, e successive modificazioni, di essere inserito nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno .

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

n. 1 Certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ (v.nota)  
n. Documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno;

ovvero autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

( ) la propria residenza ( ) il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

## AVVERTENZE IMPORTANTI

- L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di rilascio non antecedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda. La mancata presentazione di questo documento o la sua incompletezza comporta l'esclusione dalla graduatoria.

- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in originale o copia autenticata, in regola con le norme sull'imposta di bollo, secondo le disposizioni di legge vigenti.

- Il certificato di laurea, rilasciato dalla Università degli studi, deve essere allegato anche se la votazione ivi riportata non dà diritto a punteggio, tranne se già agli atti.

- I documenti allegati alla domanda per l'inserimento nella graduatoria eventualmente presenti negli anni precedenti, sono acquisiti agli atti purché ne venga fatto espresso riferimento e sempre che siano tali da poterne consentire la valutazione. Dovrà invece essere allegata tutta la documentazione relativa a titoli ed attività svolti successivamente alla data di scadenza della precedente domanda e fino al 31 dicembre dell'anno precedente all'inoltro della presente domanda.

- La documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione, non si terra' conto di quella della quale non e possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

## VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITA' SVOLTA

pag. 108

pag. 109

pag. 110

pag. 111

-----  
Allegato B.  
(art. 19)

## PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.

2. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 19, comma 5 tale ambito non puo' comprendere una popolazione inferiore a 5.000 abitanti ne' puo' essere inferiore al territorio del comune anche se questo comprende piu' Aziende.

3. Si procede in questo modo.

4. Si stabilisce quale e' la popolazione nell'ambito risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

5. Da tale quantita' si detrae la popolazione che al 31 dicembre dell'anno precedente, pur anagraficamente residente nell'ambito territoriale, ha effettuato la scelta del medico in altro ambito.

Si aggiunge la popolazione non residente che ha effettuato la scelta nell'ambito.

6. Da questa quantita' si detrae ulteriormente la popolazione in eta' pediatrica (0-14); ne risultera' un numero di abitanti che e' quello utile al fine del rapporto ottimale.

7. A parte si prende l'elenco dei medici gia' operanti nella medicina generale nell'ambito in questione ivi compresi i medici ex-associati.

8. Ognuno di essi ha un proprio massimale o quota individuale derivante anche dalla applicazione delle limitazioni o dalla autolimitazione.

9. Ad ogni medico viene attribuito un valore ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale.

10. Esso sara':

- uguale a 1.000 per tutti coloro che usufruiscono della quota individuale o che hanno un massimale superiore a 1.000;

- pari al loro massimale se esso e' inferiore a 1.000.

11. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.

12. La zona e' carente se il risultato della sottrazione comporta un numero superiore a 500 e si inserira' un medico per ogni 1.000 abitanti o frazione superiore a 500 in relazione al risultato della sottrazione.

13. Esempio:

Ambito territoriale 52.000 abitanti;

popolazione pediatrica 6.000 abitanti;

abitanti che hanno scelto il medico fuori ambito 1.500;

abitanti fuori ambito che hanno scelto il medico nell'ambito 50;

al fine dell'applicazione del rapporto ottimale abitanti 44.550.

Al fine del rapporto ottimale:

Abitanti 52.000

Popolazione pediatrica 6.000

Medici inseriti nell'ambito:

4 a 1.800 scelte di massimale

- valgono 4.000 (4 x 1.000)

20 a 1.500 scelte di massimale

- valgono 20.000 (20 x 1.000)

3 a 1.000 scelte di massimale

- valgono 3.000 (3 x 1.000)

5 a 750 scelte di massimale

- valgono 3.750 (5 x 750)

12 a 500 scelte di massimale

- valgono 6.000 (12 x 500)

Totale 36.750

La zona e' carente:  $44.550 - 36.750 = 7.800$ .

Devono essere inseriti 8 medici.



-----  
Allegato C.  
(art. 23)

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

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 23, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto di acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario professionale, deve essere corrisposto per intero al medico sostituto.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituto se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20%, se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.
4. Il compenso di cui all'articolo 45, lettera B1, è corrisposto al sostituto ove egli ne abbia diritto ai sensi del comma 2 della stessa lettera B1.
5. Ai medici sostituiti spettano i compensi di cui all'art. 45, lettera C1 comma 2, lettera C2 commi 1 e 2, lettera C3, per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.

-----  
Allegato D.  
(art. 32-45)

#### PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di assistenza primaria sono quelle elencate, in calce al presente allegato D, nel nomenclatore-tariffario.
2. Salvo che sia diversamente prevista dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale convenzionato del medico di famiglia a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.

4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico e' tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente.

Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e numero di codice regionale dell'assistito.

5. Nel caso di prestazioni multiple o singole soggette ad autorizzazione dal Servizio, il medico deve inoltrare, insieme alla distinta riepilogativa delle prestazioni aggiuntive, la autorizzazione ed il modulo riepilogativo di prestazioni multiple autorizzate di cui all'Allegato S del presente Accordo, debitamente controfirmato dall'assistito, o da chi per lui, a conferma dell'avvenuta effettuazione delle prestazioni.

6. Il mancato invio della distinta riepilogativa dalle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilita' di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.

7. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sara' esaminato ai fini del pagamento dai soggetti di cui all'art.14, comma 4.

8. Al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lettera "C". Fermo quanto previsto dall'art. 6, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo puo' far carico all'assistito.

I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4.

9. Gli emolumenti riferiti alle prestazioni aggiuntive, con esclusione di quelle previste alla lett. "C", non possono superare mensilmente il 16,60% per cento dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico a titolo di onorario professionale di cui all'art. 45, lettera "A1, comma 1".

10. I medici della continuita' assistenziale possono eseguire, nell'esercizio della propria attivita' convenzionale, le prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A del nomenclatore tariffario di cui al presente Allegato.

## NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

### A - Prestazioni eseguibili senza autorizzazione:

Prestazioni 01.01.1999 01.01.2000

1. Prima medicazione (\*) 23.530 23.860
2. Sutura di ferita superficiale 6.340 6.430
3. Successive medicazioni 11.760 11.930
4. Rimozione di punti di sutura e medicazione 23.530 23.860
5. Cateterismo uretrale nell'uomo 18.410 18.700
6. Cateterismo uretrale nella donna 6.850 6.950
7. Tamponamento nasale anteriore 10.740 10.890
8. Fleboclisi (unica-eseguibile in caso di urgenza) 23.530 23.860
9. Lavanda gastrica 23.540 23.860
10. Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica 11.760 11.930
11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante(\*\*) 17.600 17.840

12. Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili) 1.230  
1.240

B) Prestazioni eseguibili con autoriduzione sanitaria:

Prestazioni 01.01.1999 01.01.2000

1. Ciclo di fleboclisi (per ogni fleboclisi) 17.600 17.840
2. Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione) 11.770 11.930
3. Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (\*\*\*) 2.350 2.390
4. Vaccinazioni non obbligatorie (\*\*\*\*) 11.760 11.930

C) Prestazioni, indicate a titolo esemplificativo, eseguibili nell'ambito degli accordi regionali e aziendali di cui al capo VI.

1. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico o della associazione di medici, di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato, correlato alle attività previste dall'art. 70.

2. A titolo esemplificativo si individuano alcune prestazioni correlate alle attività di cui all'art. 70, comma 1 e 2:

Anziani:

- test psicoattitudinali;
- test per valutazione di abilità e di socializzazione;
- test verbali e non, per valutazione cognitiva.

Prevenzione, diagnosi precoce, terapia e follow up, di:

- patologie infettive: iniezione di gammaglobulina antitetanica, vaccinazioni individuali e partecipazione a campagne di vaccino profilassi;
- patologie sociali croniche (diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, dislipidemie): ECG, esame del fondo oculare, diagnostica di laboratorio (glicemia, glicosuria delle 24 ore, dosaggio dei lipidi plastici ecc.);
- neoplasie: prelievo vaginale per esame oncocitologico, colposcopia con eventuale prelievo per citologia, ricerca del sangue occulto nelle feci, paracentesi, cateterismo vescicale, lavande vescicali, iniezione I.V. singola o a cicli (ad es. di antitumorali), fleboclisi singole o a cicli o quant'altro sia necessario a scopo preventivo o terapeutico;
- patologia reumatica e osteoarticolare: artrocentesi, iniezioni endoarticolari, ionoforesi;
- patologia respiratoria (asma, bronchite cronica, allergie):

spirometria iniezioni sottocutanee desensibilizzanti, cicli di aerosol (\*\*\*)

- patologia genito-urinaria e disturbi della minzione: cateterismo, massaggio prostatico, uroflussimetria, prelievo vaginale per studio ormonale;

- pazienti sottoposti a manovre chirurgiche o comunque che necessitano di interventi di piccola chirurgia ambulatoriale:

incisione di ascessi riduzione di lussazione.

-----

Allegato E.

**SCHEMA DI ACCESSO IN OSPEDALE**

Caro collega

Invio in ospedale .l. paziente signor .....

1) Motivo del ricovero

.....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto

.....

.....  
.....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria

.....  
.....

.....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunita' che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata una esauriente relazione clinica.

....., Li' .....

Dott. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

-----

Allegato F.  
(art. 38)

CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITA' DI MALATTIA  
(art. 2, D.L. 663/1979 o art. 15 L. 155/1981)

INVARIATA.

-----  
Allegato G.  
(Art. 45)

ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON  
AMBULABILI

Art. 1 - Prestazioni domiciliari

1. L'assistenza domiciliare programmata di cui all'art. 39, comma 1, lettera b), e' svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
- controllo sulle condizioni igieniche e sul comfort ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
- indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
- indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarita' fisiche e psichiche del singolo paziente;
- indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita della Azienda;
- collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per la necessita' del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
- predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- attivazione degli interventi riabilitativi;

- tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

#### Art. 2 - Attivazione del servizio domiciliare

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilita' a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:

a) impossibilita' permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficolta' a deambulare);

b) impossibilita' ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);

c) impossibilita' per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:

- insufficienza cardiaca in stadio avanzato;
- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
- gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
- cerebropatici e cerebolesi, con forme gravi;
- paraplegici e tetraplegici.

#### Art. 3 - Procedure per l'attivazione dell'assistenza

1. La segnalazione del caso abbinognevole di assistenza domiciliare puo' essere effettuata dalla Azienda dal medico di scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.

2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico di scelta con precisazione del numero degli accessi e inviata o presentata al distretto.

3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario nonche' le necessita' di eventuali supporti di personale.

4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilita' di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, e' necessario che dalla richiesta del medico di famiglia emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione a confermare la oggettiva impossibilita' di accesso del paziente allo studio del medico.

5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo la modalita' di cui sopra, al distretto competente per territorio

riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.

6 In caso di discordanza sul programma da parte del medico dell'Azienda, questi e' tenuto a darne motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico di libera scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'approvazione entro 7 giorni.

7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attivita' distrettuali.

8. In reazione a particolari difficolta' locali, l'Ufficio di coordinamento delle attivita' distrettuali puo' definire specifiche modalita' procedurali atte a superarle.

#### Art. 4 - Rapporti con il distretto

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attivita' sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:

A) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non puo' essere superiore ad un anno (con possibilita' di proroga);

B) la periodicit  settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico di medicina generale al domicilio, che puo' variare in relazione alla diversa intensita' dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;

C) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in reazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica che necessitino al soggetto.

#### Art. 5 - Compenso economico

1. Al medico di medicina generale oltre all'ordinario trattamento economico e' corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a lire 35.800 per accesso, a far data dal 1.1.1999, e di lire 36.600 dal 1.1.2000.

2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le scadenze previste dal programma concordato.

3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

#### Art. 6 - Modalita' di pagamento

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e

nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella qualita' degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.

3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

4 La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

#### Art. 7 - Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto, e' curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare in ordine alfabetico.

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

#### Art. 8 - Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili distrettuali delle attivita' sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessita degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

#### Art. 9 - Accordi decentrati

1. In sede regionale possono concordate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, particolari modalita' integrative di erogazione della ADP in relazione a specifiche peculiarita' geografiche e socio-ambientali che le giustificano.

---

Allegato H.  
(Artt. 32, 39, 45)

### ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

#### Art. 1 - Prestazioni

1. L'assistenza domiciliare integrata di cui all'art. 39, comma 1, lettera a), e' svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

- di medicina generale;



- di medicina specialistica;
- infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
- di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
- di assistenza sociale.

2. Lo svolgimento e' fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

#### Art. 2 - Destinatari

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attivita' sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

#### Art. 3 - procedure per l'attivazione

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di medicina generale scelto dal paziente, a seguito di segnalazione al responsabile delle attivita' sanitarie a livello di distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:

- a) medico di medicine generale;
- b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
- c) servizi sociali;

d) familiari del paziente.

2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico di medicina generale per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

3. Ove il medico del distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico di famiglia deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico di assistenza primaria e ai familiari dell'assistito interessato.

4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di medicina generale concordano:

a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;

b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;

c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;

d) la degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;

e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

5. Il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano di interventi:

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;

- tiene la scheda degli accessi fornite dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;

- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;

- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

#### Art. 4 - Sospensione

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

#### Art. 5 - Trattamento economico

1. Al medico di medicina generale, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'art. 45 e' corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di lire 35.800 dal 1.1.1999 e lire 36.600 dal 1.1.2000.

2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.
3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.
4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata mediante l'accordo regionale di cui all'art. 39, comma 1, lettera c ).

Art. 6 - Modalita' di pagamento 1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.
3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantita' degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.
4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 - Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto e' curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza domiciliare integrata.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti, con le relative variazioni e una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata, conservati in ordine alfabetico.

Art. 8 - Riunioni periodiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove una riunione trimestrale con i responsabili dell'attivita' sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato aziendale al fine di assicurare l'uniformita' dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.
2. Alla riunione possono essere invitati i medici convenzionati di medicina generale in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.
3. Il medico di medicina generale tempestivamente avvertito e' tenuto a partecipare, concordando modalita' e tempi.

Art. 9 - Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attivita' sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessita degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

#### Art. 10 - Controversie

1. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare integrata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attivita' distrettuali.
2. In relazione a particolari difficolta' locali, l'Ufficio di coordinamento delle attivita' distrettuali puo' definire specifiche modalita' procedurali atte a superarle.

---

#### Allegato I

Informativa resa all'interessato per il trattamento di datipersonali.

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti e' diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale valida per il periodo:
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potra' essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione;
5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonche' della logica e delle finalita' su cui si basa il trattamento;
6. Titolare del trattamento dei dati e'

---

#### Allegato L.

(art.7 - 20 e 49)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva in atto notorio)

pag. 126

pag. 127

pag. 128

-----  
Allegato M.  
(art. 54)

SCHEDA DEGLI INTERVENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

INVARIATA.

-----  
Allegato N.  
(norma finale 2)

REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI ADDETTI ALLE  
ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI SERVIZI

Art. 1 - Campo di applicazione

1. Il presente regolamento disciplina i rapporti di lavoro autonomo coordinato e continuativo instaurati tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici per l'espletamento, in conformita' con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, di attivita' sanitarie 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 decreto legislativo n.502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 517/93 e successive normative, nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui all'art. citato, le Aziende sanitarie utilizzano ad esaurimento, i medici incaricati a tempo indeterminato nella attivita' di medicina dei servizi gia' 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 484/96. Per questi vale il presente Regolamento.

Art. 2 - Incompatibilita'

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991, n. 412, gli incarichi di cui al presente accordo cessano nei confronti del medico che si trovi in una delle posizioni di cui al punto 6 dell'articolo 48 della legge 833/78 od in una qualsiasi altra posizione non compatibile per specifiche norme di legge o di contratto di lavoro, ovvero che:

a) svolga attività come medico specialista ambulatoriale convenzionato, con estensione dei casi disciplinati dall'art. 11, comma 1, lettera e) e lettera h), del D.P.R. 316/90 e delle corrispondenti ipotesi previste nei successivi accordi nazionali;

b) intrattenga con le Aziende sanitarie un "apposito rapporto" instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni;

c) svolga attività come medico specialista convenzionato esterno;

d) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 e al decreto legislativo n. 368/99 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n.257/91 e al decreto legislativo n. 368/99;

e) abbia cointeressenze dirette o indirette o rapporti di interesse in case di cura private o in strutture sanitarie di cui all'articolo 43, della legge n. 833/78;

f) operi come dipendente od in virtù di un rapporto di collaborazione professionale, anche precario presso case di cure private o strutture sanitarie di cui all'articolo 43 della legge n. 833/78; tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che, presso le istituzioni ivi indicate, svolgono attività iniettoria o di prelievo o di guardia medica;

g) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del Fondo di previdenza competente di cui al D.M. 15 ottobre 1976 del ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, pubblicato nel supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre 1976, n. 289.

2. L'insorgere di un motivo di incompatibilità comporta l'immediata decadenza dall'incarico.

### Art. 3 - Elenchi dei medici titolari a tempo indeterminato

1. Sono confermati nell'incarico a tempo indeterminato i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente accordo titolari di incarico ai sensi del Capo II del D.P.R. n. 218/92 e dell'art. 8, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come successivamente modificato, e dell'Allegato N al D.P.R. n. 484/96.

2. Fermo restando da parte dell'Azienda la possibilità di accertare in qualsiasi momento l'insorgenza di eventuali situazioni di incompatibilità o comportanti limitazione d'orario, i comitati di cui all'art. 22 aggiornano annualmente, entro il mese di febbraio di ogni anno, sulla base dei fogli informativi di cui all'articolo 7, l'elenco dei medici operanti nel proprio ambito territoriale titolari di incarico a tempo indeterminato, verificando l'insussistenza di sopraggiunte incompatibilità e le limitazioni dell'attività oraria in rapporto allo svolgimento di altre attività compatibili.

3. Eventuali rilievi sulla posizione dei medici dovranno essere comunicati entro 30 giorni al comitato di cui all'art. 11 per i provvedimenti di competenza.

4. L'elenco suddetto trasmesso alle Aziende e agli uffici regionali preposti all'attuazione del presente Accordo.

#### Art. 4 - Massimale Orario e sue limitazioni

1. Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un massimo di 24 ore settimanali di incarico, ai sensi dell'articolo precedente.

2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dalle norme del presente Accordo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.

3. Il numero individuale massimo di scelte ai fini della limitazione di orario per il medico che intrattiene con il Servizio sanitario Nazionale un rapporto convenzionale per la medicina generale di libera scelta o per la pediatria di libera scelta viene determinato esclusivamente in base ai criteri stabiliti nei rispettivi accordi nazionali per la medicina generale e la pediatria di base. Sono fatti salvi i massimali precedentemente attribuiti fino a che le singole situazioni soggettive rimangono immutate.

4. In deroga al disposto del comma 1, sono mantenuti gli aumenti di orario formalmente previsti dalla Regione ai sensi dell'art. 11, comma 5, del D.P.R. n. 218/92, entro la data di pubblicazione del Decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'Accordo nazionale di medicina generale.

#### Art. 5 - Aumenti d'orario

1. L'Azienda, qualora si rendano disponibili orari di attività per cessione degli incarichi a tempo indeterminato, 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, il voto di laurea, l'anzianità di laurea e la minore età.

3. Qualora, dopo aver espletato la procedura di cui ai commi 1 e 2, siano disponibili turni vacanti, l'Azienda comunica la disponibilità al Comitato di cui all'art. 22 per l'eventuale trasferimento di medici già incaricati a tempo indeterminato in altra Azienda.

#### Art. 6 - 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. 22 nella persona del suo presidente.

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. 7 - 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) redigere e trasmettere alla Azienda, fatto salvo quanto previsto dall'art. 7 del presente Accordo, entro il 15 febbraio di ciascun anno, il foglio notizie di cui all'allegato L);

c) osservare l'orario di attività indicato nella lettera 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 16 del presente Accordo.

5. Il mancato invio del foglio notizie o infedeli dichiarazioni costituiscono motivo di applicazione al medico del procedimento sanzionatorio di cui all'articolo 16.

6. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti che, nell'ambito delle attività sanitarie regolate dal presente Accordo, l'Azienda decide di affidargli, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi, ed alla tipologia dell'attività.

7. Sono inoltre doveri e compiti del medico:

- l'adesione alla sperimentazione dell'equipe territoriali di cui all'art. 15;

- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 31 comma;

- 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 obiettivo predisposti e realizzati a livello regionale, aziendale e distrettuale secondo le norme previste dal presente Accordo.



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. Il medico, che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in tal senso.

10. I medici incaricati a tempo indeterminato, possono inoltre, sulla base degli accordi regionali ed aziendali svolgere attività organizzative e di coordinamento.

#### Art. 8 - Cessazione e sospensione dell'incarico

1. L'incarico può cessare per rinuncia del medico da comunicare all'Azienda a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

2. La rinuncia ha effetto dal primo giorno del secondo mese successivo alla data di ricezione della lettera di comunicazione.

3. Su specifica richiesta del medico l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti.

4. L'Azienda procede alla revoca dell'incarico con effetto immediato:

a) per cancellazione o radiazione dall'albo professionale;

b) per aver compiuto il periodo massimo di conservazione del posto previsto dall'art. 12 in caso di malattia;

c) per compimento del 65° anno di età;

d) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei medici competente per territorio.

5. L'incarico è sospeso in caso di emissione di provvedimenti dell'Autorità giudiziaria di divieto di dimora nel territorio dell'Azienda ove il sanitario deve svolgere l'incarico, di arresti domiciliari, di custodia cautelata in carcere o in luogo di cura. È altresì sospeso in caso di condanna passata in giudicato per delitto non colposo punito con la reclusione. In questa ultima ipotesi l'Azienda applica all'interessato le norme di cui all'art. 16 dell'Accordo nazionale per l'eventuale adozione di un provvedimento di cessazione dall'incarico.

6. L'incarico è altresì sospeso in seguito a sospensione dall'albo professionale.

#### Art. 9 - 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 disponibilita' del posto da ricoprire mediante l'accoglimento della richiesta di trasferimento; nel caso di piu' medici interessati, prevale la posizione del medico che svolge l'attivita' di cui al presente accordo in via esclusiva, in subordine l'anzianita' di incarico, il voto di laurea, l'anzianita' di laurea e la minore eta'.

4. Ove sia possibile in relazione alle disponibilita' orarie il medico e' 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 puo' avvenire anche a domanda dell'interessato.

6. Le Aziende, fatto salvo quanto previsto in materia di riduzione degli orari dall'articolo 6, possono attivare modifiche delle sedi di attivita' 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'opportunita' 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 mobilita' 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 attivita' gia' assegnato; l'orario di servizio presso il presidio di destinazione e' determinato dall'Azienda sentito il medico.

9. Il medico trasferito, a domanda o di ufficio, conserva l'anzianita' maturata nel servizio di provenienza.

10. Nel caso di non agibilita' 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 contestualita', in continuita' di servizio, tra la cessazione del vecchio incarico e l'attivazione del nuovo.

#### Art. 10 - Sostituzioni

1. Alle sostituzioni dei medici incaricati a tempo indeterminato che per giustificato motivo si assentino dal servizio l'Azienda provvede assegnando incarichi di supplenza secondo l'ordine della graduatoria annuale di medicina generale con prioritata' per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda che non siano titolari di alcun rapporto di lavoro dipendente o convenzionato.

2. L'incarico di sostituzione non puo' superare la durata di tre mesi; il medico che ha effettuato una sostituzione non puo' ricevere altro incarico di sostituzione se non dopo un periodo di interruzione di almeno 30 giorni. L'incarico cessa di diritto e con effetto immediato con il rientro, anche anticipato, del medico titolare.

3. Al medico sostituito spetta il trattamento economico di cui all'articolo 14, comma 1, lett. a1).

#### Art. 11 - 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. Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui all'art. 13.

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

5. Per periodi di servizio inferiori ad 1 anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.

6. 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.

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

#### Art. 12 - 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. 13 - Assenze giustificate

1. Per giustificati e documentati motivi di studio o di comprovata necessità, l'Azienda conserva l'incarico al medico per la durata massima di dodici mesi nell'arco del triennio sempreché esista la possibilità di assicurare idonea sostituzione.

2. In caso di servizio di leva o richiamo alle armi, il medico è ripristinato nell'incarico purché ne faccia domanda entro trenta giorni dalla data di congedo.

3. In caso di mandato parlamentare, nazionale o regionale, o di elezione a consigliere comunale di comune capoluogo di Regione, l'Azienda conserva l'incarico, a richiesta dell'interessato, per l'intera durata del mandato.

4. 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.

5. Ricorrenti assenze non retribuite sono valutate per l'eventuale procedimento di cui all'art. 16 dell'Accordo per la medicina generale.

6. Per tutti gli incarichi svolti ai sensi del presente Allegato N in piu' posti di lavoro e ovvero o piu' Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.

7. Nessun compenso e' dovuto al medico per i periodi di assenza di cui al presente articolo, i quali non sono conteggiati a nessun fine come anzianita' di incarico.

#### Art 14 - Trattamento economico

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta il seguente trattamento economico:

a1) - Compenso professionale orario secondo la seguente tabella:

Dal 01.01.1999	Dal 01.01.2000
19.980	20.260

a2) - Gli incrementi di anzianita' di cui all'art. 20, comma 1, lett.

a) e lett. c), D.P.R. n. 218/92, calcolati alla data del 29.2.96, compreso il maturato economico alla stessa data, vengono mantenuti dai singoli interessati. Su detto maturato economico si applicano con decorrenza dalla suddetta data, i successivi incrementi percentuali del 2,3% per l'anno 1999 e del 1,4% per l'anno 2000. Gli incrementi sono calcolati sull'importo risultante dalla applicazione della precedente percentuale.

a3) - Per l'attivita' svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle ore 6, il compenso orario predetto e' maggiorato nella misura del 30%. Per l'attivita' svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione e' del 50%.

b) Compenso aggiuntivo determinato con i criteri di cui all'art. 20, comma 1, lett. b) (b2 e b3), del D.P.R. n. 218/92 (quote mensili di carovita), nella misura corrisposta al 31 dicembre 1997, incrementata del 2,3% dall'1.1.99 e del 1,4% dall'1.1.2000. Le percentuali di incremento vengono applicate sulla base dell'importo rivalutato con la percentuale pre- c) Indennita' di piena disponibilita' ai medici incaricati a tempo indeterminato, i quali svolgono esclusivamente attivita' ai sensi del presente accordo, salvo la libera professione di cui all'art. 7, ad esclusione dei rapporti convenzionali di assistenza primaria, emergenza sanitaria territoriale e continuita' assistenziale (tali medici devono optare tra l'indennita' di cui alla presente lettera e quanto eventualmente spettante allo stesso titolo) per ogni ora risultante dalla lettera di incarico, secondo l'importo sottoindicato:

Dal 01.01.1999 Dal 01.01.2000  
1.175 1.190

d) - Contributo previdenziale.

A favore dei medici incaricati ai sensi del presente accordo l'Azienda versa - di norma mensilmente al massimo trimestralmente - con modalita' che assicurino l'individuazione dell'entita' delle somme versate e del medico cui si riferiscono, specificandone in particolare il numero di codice fiscale e di codice individuale ENPAM, al fondo speciale dei medici ambulatoriali gestito dall'ENPAM di cui al decreto del Ministro del Lavoro 15.10.1976 e successive modificazioni, un contributo del 22,5% (ventiduevirgolacinque per cento), di cui il 13% (tredici per cento) a proprio carico e il 9,5% (novevirgolacinque per cento) a carico di ogni singolo medico, calcolato sui compensi orari di cui alla lettera a) e sul compenso aggiuntivo di cui alla lettera b) e sull'indennita' di piena disponibilita' di cui alla lettera c).

e) Indennita' chilometrica.

Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta, qualora si avvalgono del proprio automezzo per spostamenti dovuti alla svolgimento di attivita' al di fuori dei presidi dalla Azienda, un rimborso pari ad 1/5 del prezzo della benzina super per ogni chilometro percorso, nonche' adeguata assicurazione dell'automezzo.

Per viste fiscali a carico del datore di lavoro richiedente al medico che effettua la visita spettano per gli spostamenti i corrispettivi indicati dal Ministero del Lavoro da porsi a carico del datore di lavoro e ricevuti dalla Azienda, sempre che il mezzo di trasporto sia stato fornito dal medico stesso.

f) per lo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 7, comma 7 e' corrisposto un compenso per ogni ora di incarico pari a Lire 2.229, con decorrenza dall'01.01.2000 non valutabile ai fini della determinazione del premio di operosita'.

2. I compensi di cui al comma 1 sono corrisposti entro le fine del mese successivo a quello di competenza. Ai soli fini della correttezza del pagamento si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

3. Al medico della medicina dei servizi che partecipa ai progetti obiettivo, ai programmi e alle attivita' stabilite dagli Accordi regionali spettano quote variabili secondo quanto determinato dagli Accordi stessi.

Art. 15 - 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 e' 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. 16 - Premio di collaborazione

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato e corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario, del compenso aggiuntivo complessivamente percepiti nel corso dell'anno, dell'indennità di piena disponibilità e dell'assegno alla persona di cui all'art. 14 comma 1, lett. a2).

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. 17 - 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 Allegato N.

2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.

3. Ciascuna mensilità, calcolata in base al compenso orario in vigore al momento della cessazione del rapporto, è ragguagliata alle ore effettive di attività svolta dal medico in ogni anno di servizio.

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

5. Pertanto, nel caso in cui nel corso del rapporto di lavoro fossero intervenute delle variazioni nell'orario settimanale di attività, il premio per ogni anno di servizio dovrà essere calcolato in base agli orari di attività effettivamente osservati nei diversi periodi dell'anno solare.

6. Il premio di operosità è calcolato sul compenso orario, sul premio di collaborazione, sull'indennità di piena disponibilità e sull'assegno alla persona di cui all'art. 14, comma 1, lett. a2).

7. Il premio è corrisposto entro sei mesi dalla cessazione del rapporto.

8. La corresponsione del premio di operosità è dovuta dalle Aziende sanitarie in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al D.P.R. n. 884/84, che qui si intendono integralmente richiamati.

#### Art. 18 - 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 responsabilita' professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attivitaa' professionale espletata ai sensi del presente Allegato N, ivi compresi ove l'attivitaa' 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, nonche' i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati edelle commissioni previste dal presente Allegato N.

2. Il contratto e' stipulato senza franchigia per i seguenti massimali:

- lire 1,5 miliardi per morte o invalidita' permanente;

- lire 100.000 giornaliera per invalidita' temporanea assoluta con massimo di 300 giorni l'anno.

3. La relativa polizza e' stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.

Art. 19 - Aggiornamento professionale obbligatorio 1. L'aggiornamento professionale si svolge con le stesse modalita' di cui all'art. 8 dell'Accordo collettivo nazionale per le medicina generale, tenendo conto della specificita' del settore.

2. In caso di svolgimento coincidente con i turni di servizio, i partecipanti hanno diritto ad un corrisponde permesso retribuito con onere a carico delle Aziende.

Art. 20 - Diritti sindacali

1. Al fine di favorire l'espletamento dei compiti sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilitaa' di n. 3 ore annuali per ogni iscritto.

2. Il numero dei medici iscritti titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo, e' rilevato a livello regionale all'inizio di ogni anno sulla base del numero dei medici a carico dei quali - per ciascun sindacato - viene effettuata, a cura delle Aziende, la trattenuta della quota sindacale.

3. La segreteria nazionale del sindacato comunica congiuntamente a tutte le Regioni i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilitaa' di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

4. Alla sostituzione si provvede con le modalita' di cui all'articolo 10.

5. Nel caso che le riunioni dei comitati di cui all'articolo 22 coincidano con i turni di servizio, ai membri di parte medica spettano i normali compensi relativamente alla durata delle riunioni.

6. I periodi di distacco sindacale sono valutati come attivita' di servizio.

Art. 21 - Esercizio del diritto di sciopero.

Prestazioni indispensabili e loro modalita' di erogazione 1. Nei settori sanitari compresi nel campo di applicazione del presente Allegato N sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge 146/1990, articolo 2 - comma 2, quelle rese nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, di igiene pubblica, di igiene mentale, di medicina fiscale.

2. Le prestazioni di cui al comma 1, in caso di sciopero dalla categoria, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalita' di cui agli articoli 5 e 13 dai medici individuati ai sensi dei commi successivi.

3. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo il presente Allegato, sono stabiliti, con apposite intese a livello Regionale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuita' delle prestazioni di cui al comma 1, nonche' per la loro distribuzione sul territorio.

4. La quantificazione dei contingenti numerici di cui al comma 3 e' effettuata in sede di contrattazione decentrata a livello locale per singola Azienda entro 15 giorni dalle intese regionali di cui allo stesso comma 3.

5. Nelle more della definizione degli accordi di cui ai commi 3 e 4, le parti dichiarano che assicureranno comunque le prestazioni di cui al comma 1.

6. In conformita' agli accordi di cui ai commi 3 e 4 le Aziende individuano, in occasione di ciascuno sciopero della categoria i nominativi dei medici in servizio tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando 3 giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro 24 ore dalla ricezione della comunicazione, la volonta' di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. Gli accordi decentrati di cui ai commi 3 e 4 hanno validita' per il periodo di vigenza del presente regolamento e conservano la loro efficacia sino alla definizione di nuovi accordi.

7. Il diritto di sciopero dei medici addetti alla medicina dei servizi e' esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

8. I medici che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo sono soggetti ai procedimenti sanzionatori di cui all'articolo 13 dell'Accordo per la medicina generale.

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

a) nel mese di agosto;

b) dal quinto giorno precedente fino al quinto giorno seguente le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;

c) dal quinto giorno precedente fino al quinto giorno seguente le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;

d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;

e) nei giorni dal giovedi' antecedente la Pasqua ai martedi' successivo.

10. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravita' o di calamita' naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.



#### Art. 22 - Comitati regionali e aziendali

1 Il Comitato aziendale di cui all'art. 11 e il Comitato regionale di cui all'articolo 12 dell'Accordo nazionale svolgono le funzioni demandate loro dal presente Accordo ed esprimono pareri per la sua applicazione.

#### Art. 23 - Responsabilita' convenzionali e violazioni

1. In caso di violazioni degli obblighi convenzionali, ai medici incaricati ai sensi del presente Allegato N si applicano le norme di cui all'art. 16 dell'Accordo nazionale.

#### Art. 24 Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'Azienda.

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda al servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza sanitaria erogata attraverso la medicina dei servizi, procede al controllo della corretta applicazione della convenzione per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

2. I medici addetti alla medicina dei servizi sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dal presente Allegato N.

#### Art. 25 - Riscossione delle quote sindacali

1. Le quote sindacali a carico degli iscritti ai sindacati firmatari del presente accordo sono trattenute, su richiesta dei sindacati stessi corredata di delega degli iscritti, dalle Aziende presso le quali i medici prestano la propria opera professionale e sono versate, mensilmente, su conti correnti bancari intestati ai sindacati richiedenti. Contestualmente ai sindacati e' inviato l'elenco dei medici a carico dei quali sono state applicate le ritenute sindacali, con indicazione dell'importo delle relative quote. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide nel rispetto delle normative vigenti.

2. Eventuali variazioni delle quote e delle modalita' di riscossione vengono comunicate alle Aziende da parte degli organi competenti dei sindacati firmatari.

#### Art. 26 - Durata dell'Accordo

1. Il presente regolamento ha durata triennale e scade il 31 dicembre 2000.

#### DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1

1. Le parti chiariscono che le dizioni "Regioni", "Amministrazioni regionali", "Giunta regionale", "Assessore regionale alla sanita'", usate nel testo dell'Allegato N, valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle provincie autonome di Trento e Bolzano.

#### DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2

1. Le parti riconoscono l'utilita' che eventuali questioni interpretative ed applicative aventi rilevanza generale nonche' problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura ecc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dal presente Allegato N siano demandate all'Osservatorio nazionale di cui all'art. 13 dell'Accordo nazionale.

## DICHIARAZIONE A VERBALE N. 3

1. Nei confronti dei medici iniettori e prelevatori di cui all'accordo collettivo nazionale del 22 dicembre 1978, titolari di incarico alla data di pubblicazione del presente Allegato N, e' riconosciuta per intero l'anzianita' di servizio maturata senza soluzione di continuita' anteriormente alla data del 22 novembre 1979 presso i disciolti Enti mutualistici.

-----  
Allegato O.

### REGOLAMENTO ELETTORALE ELEZIONE DEI COMPONENTI ELETTIVI DELLA MEDICINA GENERALE DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI

1. Il presente regolamento disciplina le modalita' di elezione dei componenti di parte elettiva per la medicina generale dell'Ufficio di coordinamento delle attivita' distrettuali.
2. La elezione dei componenti di cui al precedente comma si svolgera' in tutte le Aziende della regione ed in tutti i Distretti entro e non oltre tre mesi dalla pubblicazione sulla G.U. del D.P.R. che rende esecutivo il presente Accordo.
3. L'Assessore regionale alla sanita', sentiti i Direttori Generali delle Aziende, indica la data di svolgimento delle elezioni di cui al presente articolo.
4. A tal fine il Direttore Generale istruisce un seggio in ciascun distretto ed invia ai presidenti dei seggi l'elenco di tutti gli aventi diritto al voto in ciascun seggio. Ogni medico vota nel seggio del Distretto di appartenenza.
5. Le Aziende provvedono a comunicare agli aventi diritto al voto, con modalita' stabilite dal Comitato di cui all'art. 11, la data, l'orario e la sede delle elezioni, nonche' le modalita' di voto.
6. Hanno diritto al voto tutti i medici incaricati a tempo indeterminato per la medicina generale alla data di effettuazione delle elezioni. Il diritto al voto puo' essere rivendicato, ove il medico non sia inserito nell'elenco fornito al seggio elettorale, al momento del voto esibendo idonea certificazione di titolarita' di incarico.
7. Il seggio elettorale e' composto da un funzionario della Azienda, nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e da due scrutatori indicati dal Comitato di cui all'art. 11.
8. L'elettore dovra' presentarsi al seggio munito di valido documento di riconoscimento o essere conosciuto dal presidente. Ogni elettore vota esprimendo un numero di preferenze che puo' anche essere pari al numero dei membri eleggibili.
9. I presidenti di seggio cureranno lo svolgimento delle operazioni di voto, lo scrutinio delle schede (che avvera' immediatamente dopo le operazioni di voto) e la trasmissione delle schede scrutinate alla Azienda che ha il dovere di conservarle per almeno 30 giorni dagli scrutini. Trascorso tale termine, le schede devono essere distrutte.
10. Le Aziende trasmettono al Comitato regionale di cui all'art. 12 i dati elettorali.

11. Per ciascun organismo, saranno eletti i medici che avranno riportato complessivamente il maggior numero di preferenze.

12. Il Direttore Generale della Azienda proclama gli eletti agli Uffici di coordinamento delle attivita' distrettuali.

13. I compensi per i componenti il seggio elettorale sono definiti con provvedimento della Regione e sono a carico delle Aziende di riferimento.

14. La tornata elettorale si svolge in tutti i distretti nella stessa data e, di norma, in un giornata di sabato, secondo orari determinati dal Comitato di cui all'art. 12.

15. I componenti eletti ai sensi del presente regolamento decadono per:

a) assenze complessive superiori al 50% delle riunioni effettuate nel corso dell'anno;

b) dimissioni dall'incarico;

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

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

-----  
Allegato P.

## SCHEMA DI LINEE E GUIDA PER I CORSI DI IDONEITA' ALL'EMERGENZA SANITARIA PROGRAMMA

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

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

1 Saper assistere un paziente:

al domicilio;

all'esterno;

su di un mezzo di soccorso mobile;

in ambulatorio.

2 Saper diagnosticare e trattare un paziente:

in arresto cardiocircolatorio (manovre di rianimazione con ripristino delle pervietà delle vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS)

con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia)

politraumatizzato o con traumatismi maggiori (drenaggio toracico, manovre di decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.)

grande ustionato (da fattori chimici o da calore)

in caso di shock.

in coma o altre patologie neurologiche

con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato) .

con aritmia cardiaca

con E.P.A.

con emorragie interne ed esterne (emofioe, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)

in caso di folgorazione o annegamento

in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta

in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)

in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)

in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria).

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

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

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

6 Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.) 7 Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);

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

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

1 Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d'Urgenza

2 Rianimazione

3 Cardiologia e Terapia intensiva

4 Ortopedia

5 Centrale Operativa funzionante e disponibilità di sedi soccorso

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

La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" viene effettuata mediante prova scritta e orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale di ciascuna Azienda USL, con formale provvedimento.

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

-----  
Allegato Q.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI  
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (per graduatoria)**

pag. 141  
Allegato Q/1.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI  
INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (per graduatoria)**

pag. 142  
Allegato Q/2.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE. (per graduatoria)**

pag. 143  
Allegato Q/3.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI  
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA. (per trasferimento)

pag. 144  
Allegato Q/4.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE. (per trasferimento)

pag. 145  
Allegato Q/5.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE. (per trasferimento)

pag. 146  
Allegato Q/6.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI MEDICINA DEI SERVIZI. (per trasferimento)

pag. 147

---

Allegato R.

MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

pag. 148

---

Allegato S.

pag. 149

---

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER  
LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI  
DELL'ART. 4, COMMA 9, DELLA LEGGE N. 412/91 E DELL'ART. 8 DEL DECRETO  
LEGISLATIVO N. 502/92, COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI N.517/93 E N.  
229/99:

REGIONE VENETO;

REGIONE LAZIO;

REGIONE TOSCANA;

REGIONE CAMPANIA;

REGIONE UMBRIA;

REGIONE ABRUZZO;

REGIONE LOMBARDIA;

F.I.M.M.G (Federazione Italiana Medicina Generale);

S.N.A.M.I. (Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani);

FEDERAZIONI MEDICI;

INTESA SINDACALE SUMAI - SIMET- CISL MEDICI/COSIME;

-----  
Avvertenza:

Il testo delle note qui pubblicato e' stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle legge, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali e' operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

- Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), e' il seguente:

"Art. 48 (Personale a rapporto convenzionale).- L'uniformita' del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale e' garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti e' costituita rispettivamente: dai Ministri della sanita', del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'art. 13 della legge 16 maggio 1970 n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente e' reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali

adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unita' sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che e' consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilita' e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attivita' mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili, la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati;

le attivita' libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unita' sanitaria locale;

6) l'incompatibilita' con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantita' e qualita' del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attivita' dei medici convenzionati, nonche' le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;



9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalita' per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalita' per assicurare la continuita' dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalita' di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unita' sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'art. 28.

E' nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali.

Resta la facolta' degli organi di gestione delle unita' sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

E' altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo.

Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilita' personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonche' i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanita' e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanita', sentita la suddetta

federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre 1976, n. 289."

- Il testo dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 8.- Il rapporto tra il servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale.

Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la riacquiescenza della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unita sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli;

sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei Programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi dell'art. 6 del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzia i medici forniti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti;

i) regolare la partecipazione di tali medici a società anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1. - bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'art. 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n.29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n.502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di

integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attivita' dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilita' operativa, incluse forme di mobilita interaziendale".

- Il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, concerne "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

- Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concerne "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

- Il testo dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), e' il seguente:

"9. La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il comparto del personale del Servizio sanitario nazionale ed il personale sanitario a rapporto convenzionale e' costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Partecipano i rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanita' e, limitatamente al rinnovo dei contratti, del Dipartimento della funzione pubblica, designati dai rispettivi Ministri. La delegazione ha sede presso la segreteria della Conferenza permanente, con un apposito ufficio al quale e' preposto un dirigente Generale del Ministero della sanita' a tal fine collocato fuori ruolo. Ai fini di quanto previsto dai commi ottavo e nono dell'art. 6 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituiti dall'art. 18 della legge 12 giugno 1990, n. 146, la delegazione regionale trasmette al Governo l'ipotesi di accordo entro quindici giorni dalla stipula. (Comma abrogato, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti di servizio sanitario, dall'art. 74, decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29).".

- Il testo dell'art. 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992 n. 421), e' il seguente:

"Art. 74 Norme abrogate).- 1. Sono abrogate le disposizioni incompatibili con il presente decreto ed in particolare le seguenti norme:

articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 26, comma quarto, 27, comma primo, n. 5, 28, 30, comma terzo, della legge 29 marzo 1983, n.93;

legge 10 luglio 1984, n. 301, fatte salve quelle che riguardano l'accesso alla qualifica di primo dirigente del Corpo forestale dello Stato;

art. 17, comma 1, lettera e), della legge 23 agosto 1988, n. 400;

art. 9 della legge 9 maggio 1989, n. 168;

art. 32 comma 2, lettera c), limitatamente all'espressione "la disciplina dello stato giuridico e delle assunzioni del personale" e art. 51, comma 8, della legge 8 giugno 1990, n. 142;

art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti del servizio sanitario nazionale;

art. 10, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

art. 4, commi decimo, undicesimo, dodicesimo e tredicesimo, della legge 11 luglio 1980, n. 312;

art. 2 del decreto-legge 6 giugno 1981, n. 283, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 1981, n. 432;

articoli 27 e 28 del decreto del Presidente della Repubblica 8 maggio 1987, n. 266, come integrato dall'art.10 del decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 1987, n. 494;

art. 4, commi 3 e 4, e art. 5, della legge 7 luglio 1988, n. 254;

art. 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.534;

art. 10, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 533, fatti salvi i concorsi banditi alla data di entrata in vigore del presente decreto;

art. 6 della legge 11 luglio 1980, n. 312; art. 6-bis del decreto legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67;

i riferimenti alla legge 4 giugno 1985, n. 281 e alla legge 10 ottobre 1990, n. 287, contenuti nell'art. 7, comma 1, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438, e nell'art. 2, comma 8, del decreto-legge 11 luglio 1992, n.333, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1992, n. 359."

- Il testo dell'art. 17, comma 1, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), e' il seguente:

"Art. 17. - 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunciarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

a) - c) (Omissis);

d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge".

- La legge 12 giugno 1990, n. 146, concerne "Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati. Istituzione della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge".

- La legge 11 aprile 2000, n. 83, concerne "Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati".

- Il testo dell'art. 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133 (Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale), e' il seguente:

"Art. 10. - 1. Il Governo e' delegato ad emanare, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o piu' decreti legislativi aventi per oggetto il finanziamento delle regioni a

statuto ordinario e l'adozione di meccanismi perequativi interregionali, in base ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) abolizione dei vigenti trasferimenti erariali a favore delle regioni a statuto ordinario, ad esclusione di quelli destinati a finanziare interventi nel settore delle calamita' naturali, nonche' di quelli a specifica destinazione per i quali sussista un rilevante interesse nazionale; sono in ogni caso ricompresi tra i trasferimenti soppressi quelli destinati al finanziamento del trasporto pubblico di cui al decreto legislativo 19 novembre 1997, n.

422, e della spesa sanitaria corrente; quest'ultima e' computata al netto delle somme vincolate da accordi internazionali e di quelle destinate al finanziamento delle attivita' degli istituti di ricovero e cura, delle attivita' degli istituti di ricerca scientifica e sperimentale e delle iniziative previste da leggi nazionali o dal piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo nazionale e internazionale per ricerche e sperimentazioni attinenti alla gestione dei servizi e alle tecnologie e biotecnologie sanitarie, in misura non inferiore alla relativa spesa storica. Fermo restando quanto previsto dal comma 2 dell'art. 121 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono determinati, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i criteri per il raccordo dell'attivita' degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con la programmazione regionale, nonche' le modalita' per il finanziamento delle attivita' assistenziali;

b) sostituzione dei trasferimenti di cui alla lettera a) e di quelli connessi al conferimento di funzioni alle regioni di cui al capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, mediante un aumento dell'aliquota di compartecipazione dell'addizionale regionale all'IRPEF, con riduzione delle aliquote erariali in modo tale da mantenere il gettito complessivo dell'IRPEF inalterato; aumento dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina, la quale non potra' comunque essere superiore a 450 lire al litro;

istituzione di una compartecipazione all'IVA, in misura non inferiore al 20 per cento del gettito IVA complessivo. Le assegnazioni alle regioni del gettito delle compartecipazioni, al netto di quanto destinato al fondo perequativo di cui alla lettera e), avvengono con riferimento a dati indicativi delle rispettive basi imponibili regionali;

c) determinazione delle esatte misure delle aliquote di cui alla lettera b) in modo tale da assicurare, tenuto conto della regolazione delle quote riversate allo Stato ai sensi dell'art. 26, comma 2, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, la copertura complessiva dei trasferimenti aboliti;

d) previsione di meccanismi perequativi in funzione della capacita' fiscale relativa ai principali tributi e compartecipazioni a tributi erariali, nonche' della capacita' di recupero dell'evasione fiscale e dei fabbisogni sanitari; previsione, inoltre, di un eventuale periodo transitorio, non superiore ad un triennio, nel quale la perequazione possa essere effettuata anche in funzione della spesa storica; cio' al fine di consentire a tutte le regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni e di erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali ed uniformi su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle capacita' fiscali insufficienti a far conseguire tali condizioni e della esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali;

e) previsione di istituire un fondo perequativo nazionale finanziato attingendo alla compartecipazione all'IVA di cui alla lettera b), ed eventualmente destinando a questa finalizzazione anche quota parte dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina di cui alla medesima lettera b);

f) revisione del sistema dei trasferimenti erariali agli enti locali in funzione delle esigenze di perequazione connesse all'aumento dell'autonomia impositiva e alla capacita' fiscale relativa all'ICI e alla compartecipazione all'IRPEF non facoltativa. La perequazione deve basarsi su quote capitarie definite in relazione alle caratteristiche territoriali, demografiche e infrastrutturali, nonche' alle situazioni economiche e sociali e puo' essere effettuata, per un periodo transitorio, anche in funzione dei trasferimenti storici;

g) previsione di un periodo transitorio non superiore al triennio nel quale ciascuna regione e' vincolata ad impegnare, per l'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, una spesa definita in funzione della quota capitaria stabilita dal piano sanitario nazionale; la rimozione del vincolo e' comunque coordinata con l'attivazione del sistema di controllo di cui alla lettera i); gli eventuali risparmi di spesa sanitaria rimangono attribuiti in ogni caso alla regione che li ha ottenuti;

h) estensione dei meccanismi di finanziamento di cui alla lettera b) alla copertura degli oneri per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti trasferiti alle regioni, ai sensi del capo I della legge 15 marzo 1997, n.

59, ad esito del procedimento di identificazione delle risorse di cui all'Art. 7 della predetta legge n. 59 del 1997, tenuto conto dei criteri definiti nelle lettere precedenti, nonche' dei criteri previsti dall'art. 48, comma 11, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, in quanto applicabile;

i) previsione di procedure di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata, in base ad appropriati parametri qualitativi e quantitativi, nonche' di raccolta delle informazioni a tal fine necessarie, anche condizionando al loro rispetto la misura dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni; razionalizzazione della normativa e delle procedure vigenti in ordine ai fattori generatori della spesa sanitaria, con particolare riguardo alla spesa del personale, al fine di rendere trasparenti le responsabilita' delle decisioni di spesa per ciascun livello di governo;

l) previsione di una revisione organica del trattamento e del regime fiscale attualmente vigente per i contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati ad enti o casse, al fine di:

1) riconoscere un trattamento fiscale di prevalente agevolazione in favore dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, come disciplinati dalle disposizioni attuative della legge 30 novembre 1998, n.419;

2) assicurare la parita' di trattamento fiscale tra i fondi diversi da quelli di cui al numero 1);

3) garantire l'invarianza complessiva del gettito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche;

m) coordinamento della disciplina da emanare con quella attualmente vigente in materia per le regioni a statuto speciale, salvo i profili attribuiti alle fonti previste dagli statuti di autonomia;

n) estensione anche alle regioni della possibilita' di partecipare alle attivita' di accertamento dei tributi erariali, in analogia a quanto gia' previsto per i comuni dall'art. 44 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600;

o) abolizione della compartecipazione dei comuni e delle province al gettito dell'IRAP di cui all'art. 27, commi 1, 2 e 3 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n.

446, e conseguente rideterminazione dei trasferimenti erariali alle regioni, alle province e ai comuni in modo da garantire la neutralita' finanziaria per i suddetti enti e la copertura degli oneri di cui all'art. 1-bis del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 gennaio 1997, n. 5. Ai fini della suddetta rideterminazione si fa riferimento alla compartecipazione all'IRAP per l'anno 1998;

p) previa verifica della compatibilita' con la normativa comunitaria, facolta' per le regioni a statuto ordinario di confine di ridurre la misura dell'accisa sulle benzine, nei limiti della quota assegnata alle stesse regioni, anche in maniera differenziata per singoli comuni, in ragione della distanza dal confine nazionale. Previsione di misure di compartecipazione regionale all'eventuale aumento del gettito della quota statale dell'accisa sulle benzine accertato nelle regioni per effetto della prevista riduzione della quota regionale;

q) definizione delle modalita' attraverso le quali le regioni e gli enti locali siano coinvolti nella predisposizione dei provvedimenti attuativi della delega di cui al presente comma;

r) previsione, anche in attuazione delle norme vigenti, di misure idonee al conseguimento dei seguenti principi e obiettivi:

1) le misure organiche e strutturali corrispondano alle accresciute esigenze conseguenti ai conferimenti operati con i decreti legislativi attuativi della legge 15 marzo 1997, n. 59;

2) le regioni siano coinvolte nel processo di individuazione di conseguenti trasferimenti erariali da sopprimere e sostituire con il gettito di compartecipazione di tributi erariali e di predisposizione della relativa disciplina."

Nota all'art. 1:

- Per il testo dell'art. 8, comma 1, del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, vedasi nelle note alle premesse.