

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO

NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI

RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA

GENERALE AI SENSI DELL’ART. 8 DEL

D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE

MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data …........................... alle ore …............., ha avuto luogo l’incontro per la firma dell’Ipotesi di Accordo

collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi

dell’articolo 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISACSISAC** nella persona del Coordinatore dott. Vincenzo Pomo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

**FIMMGFIMMG** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SNAMISNAMI** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SMISMI** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INTESAINTESA SINDACALESINDACALE**

**CISLCISL MMEDICIEDICI –– FPFP CGIL MCGIL MEDICIEDICI –– SIMETSIMET –– SUMAISUMAI** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Vista la Legge 23 dicembre 1978 n. 833;

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

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

modificazioni;

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

della Costituzione della Repubblica Italiana;

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

modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012 n.189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all’intesa sancita in sede di Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio

2014);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della

Salute, il Ministero dell’economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali,

avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli

Accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell’articolo 52,

comma 27 della Legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep.164/CSR);

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

Visto l’Accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le

Province autonome del 29 luglio 2004;

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

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

6 agosto 2008 n. 133.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l’allegato Accordo Collettivo Nazionale di

Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

2/127



**IINDICENDICE**

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI ........................................................................................................................................................................6

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO................................................................................................................................6

Art. 1 – Quadro di riferimento. .....................................................................................................................................................................................6

Art. 2 – Campo di applicazione e durata dell’Accordo.......................................................................................................................................7

Art. 3 – Livelli di contrattazione...................................................................................................................................................................................8

Art. 4 – Istituzione delle AFT e delle UCCP. ............................................................................................................................................................9

Art. 5 – Caratteristiche generali delle AFT. .......................................................................................................................................................... 10

Art. 6 – Il referente di AFT. .......................................................................................................................................................................................... 12

Art. 7 – Partecipazione alla UCCP. ............................................................................................................................................................................ 13

Art. 8 – Il coordinatore di UCCP. ............................................................................................................................................................................... 14

Art. 9 – Debito informativo. ......................................................................................................................................................................................... 15

Art. 10 – Monitoraggio dell’applicazione dell’ACN. ......................................................................................................................................... 16

CAPO II – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI........................................................................................................................................ 17

Art. 11 – Rappresentanza sindacale. ....................................................................................................................................................................... 17

Art. 12 – Rappresentatività. ........................................................................................................................................................................................ 18

Art. 13 – Tutela sindacale. ............................................................................................................................................................................................ 19

Art. 14 – Partecipazione di rappresentanti sindacali a comitati e commissioni. .............................................................................. 20

CAPO III – COMITATI PARITETICI............................................................................................................................................................................ 21

Art. 15 – Comitato regionale. ...................................................................................................................................................................................... 21

Art. 16 – Comitato aziendale....................................................................................................................................................................................... 22

CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE ........................................................................... 23

Art. 17 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni........................................... 23

Art. 18 – Incompatibilità. .............................................................................................................................................................................................. 25

Art. 19 – Sospensione dagli incarichi e dalle attività convenzionali........................................................................................................ 27

Art. 20 – Assenze per incarichi istituzionali........................................................................................................................................................ 29

Art. 21 – Cessazione, revoca e decadenza dell’incarico convenzionale. ................................................................................................ 30

Art. 22 – Procedimento disciplinare. ...................................................................................................................................................................... 31

Art. 23 – Formazione continua (ECM).................................................................................................................................................................... 34

Art. 24 – Attività didattica ............................................................................................................................................................................................ 36

Art. 25 – Libera professione........................................................................................................................................................................................ 37

TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE ................................................................................................................................... 38

CAPO I – CURE PRIMARIE ............................................................................................................................................................................................ 38

Art. 26 – Ruolo unico del medico di cure primarie. ......................................................................................................................................... 38

Art. 27 – Rapporto ottimale e regolazione del fabbisogno assistenziale. ............................................................................................. 39

Art. 28 – Assegnazione di nuovi incarichi e instaurazione del rapporto convenzionale............................................................... 41

Art. 29 – Procedure per l’assegnazione di incarichi........................................................................................................................................ 43

3/127



Art. 30 – Requisiti degli studi medici...................................................................................................................................................................... 46

Art. 31 – Sostituzioni. ..................................................................................................................................................................................................... 47

Art. 32 – Incarichi provvisori...................................................................................................................................................................................... 48

Art. 33 – Massimale di scelte e sue limitazioni. ................................................................................................................................................. 49

Art. 34 – Scelta del medico di cure primarie. ...................................................................................................................................................... 50

Art. 35 – Revoca e ricusazione della scelta. ......................................................................................................................................................... 51

Art. 36 – Revoche d’ufficio delle scelte.................................................................................................................................................................. 52

Art. 37 – Effetti economici di scelta, revoca e ricusazione. .......................................................................................................................... 53

Art. 38 – Compiti del medico di cure primarie................................................................................................................................................... 54

Art. 39 – Attività assistenziale a prestazione oraria del medico di cure primarie............................................................................ 57

Art. 40 – Attività prescrittiva...................................................................................................................................................................................... 60

Art. 41 – Assistenza ai turisti e visite occasionali. ............................................................................................................................................ 62

Art. 42 – Trattamento economico del medico di cure primarie. ............................................................................................................... 63

Art. 43 – Contributi previdenziali e coperture assicurative. ....................................................................................................................... 67

CAPO II – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI ........................................................................................................................................... 69

Art. 44 – Campo di applicazione................................................................................................................................................................................ 69

Art. 45 – Massimale orario, variazioni e limitazioni........................................................................................................................................ 70

Art. 46 – Compiti del medico di medicina dei servizi territoriali.............................................................................................................. 71

Art. 47 – Trasferimenti – Disponibilità. ................................................................................................................................................................. 72

Art. 48 – Sostituzioni. ..................................................................................................................................................................................................... 73

Art. 49 – Permesso annuale retribuito................................................................................................................................................................... 74

Art. 50 – Assenze per malattia e gravidanza. ...................................................................................................................................................... 75

Art. 51 – Assenze non retribuite. .............................................................................................................................................................................. 76

Art. 52 – Trattamento economico – Contributi previdenziali..................................................................................................................... 77

Art. 53 – Rimborso spese di accesso. ...................................................................................................................................................................... 79

Art. 54 – Premio di collaborazione. ......................................................................................................................................................................... 80

Art. 55 – Premio di operosità. .................................................................................................................................................................................... 81

Art. 56 – Assicurazione contro gli infortuni derivanti dall’incarico. ....................................................................................................... 82

CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE..................................................................................................................................... 83

Art. 57 – Campo di applicazione ed attività. ........................................................................................................................................................ 83

Art. 58 – Assegnazione degli incarichi. .................................................................................................................................................................. 84

Art. 59 – Massimale orario........................................................................................................................................................................................... 86

Art. 60 – Compiti del medico di emergenza sanitaria territoriale. ........................................................................................................... 87

Art. 61 – Idoneità all’esercizio dell’attività di emergenza............................................................................................................................ 88

Art. 62 – Sostituzioni, incarichi a tempo determinato e provvisori – Reperibilità. .......................................................................... 89

Art. 63 – Trattamento economico – Riposo annuale....................................................................................................................................... 91

Art. 64 – Contributi previdenziali e assicurazione contro i rischi derivanti dall’incarico............................................................ 92

CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI ............................................................................................................................. 93

4/127



Art. 65 – Campo di applicazione................................................................................................................................................................................ 93

Art. 66 – Medici operanti negli Istituti penitenziari. ....................................................................................................................................... 94

Art. 67 – Attribuzione degli incarichi. .................................................................................................................................................................... 95

Art. 68 – Massimale orario........................................................................................................................................................................................... 96

Art. 69 – Sostituzioni, incarichi provvisori. ......................................................................................................................................................... 97

Art. 70 – Trattamento economico. ........................................................................................................................................................................... 98

NORME FINALI .................................................................................................................................................................................................................. 99

NORME TRANSITORIE ................................................................................................................................................................................................ 100

DICHIARAZIONI A VERBALE.................................................................................................................................................................................... 102

ALLEGATI .......................................................................................................................................................................................................................... 103

Allegato 1 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale......................................................................................................... 103

Allegato 2 – Codice di comportamento dei medici di medicina generale. ......................................................................................... 106

Allegato 3 – Sanzioni disciplinari. ......................................................................................................................................................................... 107

Allegato 4 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale. . 110

Allegato 5 – Prestazioni aggiuntive. ..................................................................................................................................................................... 115

Allegato 6 – Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei soggetti non ambulabili. .............................................. 117

Allegato 7 – Assistenza Domiciliare Integrata................................................................................................................................................. 121

Allegato 8 – Linee guida per i corsi di idoneità all’Emergenza Sanitaria........................................................................................... 125

5/127



TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO

AARTRT.. 11 –– QQUADRO DI RIFERIMENTOUADRO DI RIFERIMENTO..

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le organizzazioni sindacali

maggiormente rappresentative della medicina generale (in seguito Organizzazioni Sindacali) con

il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell’Accordo Collettivo Nazionale,

come disposto dall’articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive

modificazioni ed integrazioni, operante nel quadro istituzionale definito dalla Legge

Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, di modifica del Titolo V della Costituzione, la quale ha

affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte

salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato.

2. Il presente rinnovo contrattuale scaturisce dalla riforma introdotta nell’ordinamento vigente

con la Legge 8 novembre 2012 n. 189. Di particolare rilievo ai presenti fini risultano le

disposizioni contenute nell’articolo 1 con riferimento ai compiti assegnati alle Regioni

(istituzione AFT e UCCP) e agli obblighi previsti per i medici di medicina generale (inserimento

nelle nuove forme organizzative e adesione al sistema informativo regionale e nazionale),

nonché alle modifiche introdotte al testo dell’articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502. A

tale provvedimento ha fatto seguito col D.P.R. 4 settembre 2013 n. 122, la possibilità, per la sola

parte normativa e senza possibilità di recupero per la parte economica, di dar luogo alle

procedure contrattuali e negoziali ricadenti negli anni 2013-2014.

3. Le Regioni rispettano le clausole del presente Accordo applicandone i principi negli Accordi

decentrati al fine del miglioramento della qualità dell’assistenza, dell’uniforme applicazione

sull’intero territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con i medici

convenzionati.

4. Nell’ottica di condividere il percorso sistematico delle innovazioni normative apportate dal

Legislatore, il presente Accordo si adegua e raccorda con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 27

ottobre 2009 n. 150, che modifica il D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 con nuove indicazioni rilevanti

ai presenti fini e attengono sia alla maggior consistenza da attribuire alla parte variabile del

compenso, sia ad un nuovo e più adeguato approccio al processo sanzionatorio, nonché con le

più recenti leggi finanziarie (ex plurimis Legge 15 luglio 2011 n. 111, Legge 7 agosto 2012 n.

135).

5. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale si

attiene anche agli indirizzi del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all’Intesa sancita

in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome

(Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014), con riferimento in particolare all’articolo 5 dove tra l’altro si

precisa che la natura del collegamento tra AFT e UCCP dev’essere di tipo funzionale e che la

UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto.

6. La SISAC, in ottemperanza al combinato disposto dell’articolo 46, comma 1 del D.Lgs. 30 marzo

2001 n. 165 e dell’articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002 n. 289, fornisce

assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme applicazione delle clausole contrattuali.

6/127



AARTRT.. 22 –– CCAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELLAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL’’AACCORDOCCORDO..

1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale regola, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30

dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e sulla base delle

determinazioni regionali in materia e sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo,

l’esercizio delle attività professionali tra i medici di medicina generale e le Aziende Sanitarie, per

lo svolgimento, nell’ambito e nell’interesse del SSN, dei compiti e delle attività relativi ai settori

di:

a) cure primarie;

b) medicina dei servizi territoriali;

c) emergenza sanitaria territoriale;

d) assistenza negli istituti penitenziari.

2. A far data dall’entrata in vigore del presente Accordo i settori dell’assistenza primaria e della

continuità assistenziale di cui all’ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. confluiscono nel settore cure

primarie di cui al comma 1, lettera a).

3. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il medico di medicina

generale esercita un’attività libero-professionale operante in regime di parasubordinazione

nell’ambito dell’organizzazione del SSN per il perseguimento delle finalità dello stesso SSN.

4. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte

della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e

rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

7/127



AARTRT.. 33 –– LLIVELLI DI CONTRATTAZIONEIVELLI DI CONTRATTAZIONE..

1. L’Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento

unificante del SSN, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.

2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale)

devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di

complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l’intero processo di

contrattazione.

3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad

esempio:

a) la definizione dei compiti, delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale

sanitario convenzionato, a partire dall’attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di

assistenza;

b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da

riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;

c) la definizione e le modalità di distribuzione dell’onorario professionale (parte economica

fissa);

d) la definizione della parte variabile del compenso;

e) la rappresentatività sindacale, nazionale ed aziendale;

f) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione.

4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di

salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le

finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a

livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le

materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo.

Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire

gli Accordi Integrativi Regionali entro il termine di cui al successivo articolo 4, comma 3, senza

oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica.

5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le

attività dei medici convenzionati necessari all’attuazione degli obiettivi e degli eventuali modelli

organizzativi individuati dalla programmazione regionale.

6. Ai sensi dell’articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, come richiamato

dall’articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002 n. 289, eventuali clausole degli Accordi

regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere

applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.

8/127



AARTRT.. 44 –– IISTITUZIONE DELLESTITUZIONE DELLE AFTAFT E DELLEE DELLE UCCP.UCCP.

1. I medici di cure primarie operano obbligatoriamente all’interno delle nuove forme organizzative.

I medici di medicina generale aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete

informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali

condizioni irrinunciabili per l’accesso e il mantenimento della convenzione.

2. Le Regioni, entro sei mesi dall’entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di

programmazione volti a istituire le nuove forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale

Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) osservando i seguenti criteri generali:

a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;

b) istituzione delle UCCP come parti fondamentali ed essenziali del Distretto prioritariamente

in zone territoriali ad elevata densità di popolazione, salvaguardando comunque il principio

dell’equità di accesso alle cure;

c) sostituzione di tutte le forme associative e aggregazioni funzionali e/o strutturali esistenti

con le nuove forme organizzative (AFT e UCCP);

d) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP anche tramite idonei sistemi

informatici.

3. La attuazione di quanto previsto dal precedente comma deve avvenire a seguito dei nuovi

Accordi Integrativi Regionali, volti a sostituire quelli in atto, da perfezionarsi entro dodici mesi

decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2, termine oltre il

quale la Regione, in mancanza di sottoscrizione di un accordo finalizzato ad attuare quanto

previsto al comma 2, provvede unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa

degli Accordi regionali e a disporne l'accantonamento fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo

Integrativo Regionale.

9/127



AARTRT.. 55 –– CCARATTERISTICHE GENERALI DELLEARATTERISTICHE GENERALI DELLE AFT.AFT.

1. Le AFT, di cui all’articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito, con modificazioni, nella

L. 8 novembre 2012 n. 189, sono forme organizzative mono-professionali che perseguono

obiettivi di salute e di attività definiti dall’Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i

contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e

percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e

strumenti analoghi.

2. La AFT garantisce l’assistenza per l’intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad

una popolazione non superiore a 30.000 abitanti ed è costituita da medici di cure primarie

operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.

3. I medici di cure primarie assicurano la diffusione capillare dei propri presidi nell’ambito dei

modelli organizzativi regionali.

4. La AFT è priva di personalità giuridica. I medici partecipanti possono essere supportati sia per

l’acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizio; in ogni caso

dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

5. I compiti essenziali della AFT sono:

a) assicurare l’erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed

uniformi di assistenza (LEA), inclusa l’assistenza ai turisti;

b) realizzare nel territorio la continuità dell’assistenza, estesa all’intero arco della giornata e

per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell’utente, anche

in collegamento con la rete del Numero Unico Europeo 116117;

c) sviluppare la medicina d’iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso

tutta la popolazione;

d) garantire la continuità dell’assistenza anche mediante l’utilizzo della ricetta elettronica

dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale

informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);

e) promuovere l’equità nell’accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei

livelli essenziali di assistenza;

f) contribuire alla diffusione e all’applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei

principi della evidence based medicine, nell’ottica più ampia della clinical governance;

g) promuovere e diffondere l’appropriatezza clinica e organizzativa nell’uso dei servizi sanitari,

anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review;

h) promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura,

riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso

possibile delle risorse quale emerge dall’applicazione congiunta dei principi di efficienza e di

efficacia;

i) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza.

6. La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo

regionale, attraverso:

a) il concorso alla realizzazione degli obiettivi del Distretto di riferimento;

10/127



b) il processo di valutazione congiunta con il Distretto dei risultati ottenuti e la socializzazione

dei medesimi anche attraverso audit clinici ed organizzativi;

c) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca

concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le

finalità di cui al comma precedente;

d) il pieno raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si

collegano funzionalmente, integrando il team multi-professionale per la gestione dei casi

complessi e per specifici programmi di attività.

7. I medici di cure primarie, oltre ad esercitare l’attività convenzionale nei confronti dei propri

assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, ed in particolare operano

per:

a) realizzare l’integrazione con il team multi-professionale, anche al fine di ridurre l’uso

improprio del Pronto Soccorso;

b) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti

cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico

a questa tipologia di assistiti attiva l’integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e

terzo livello, prevedendo il diritto all’accesso in ospedale dei medici convenzionati;

c) contribuire all’integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire

dall’assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi

soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

d) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza e i servizi socio-sanitari.

8. I medici di cure primarie sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura

informatico-telematica di collegamento tra le cartelle cliniche degli assistiti che consenta, nel

rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati:

a) l’accesso, ad ogni medico della AFT, alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici

operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle

cure;

b) la valutazione, ad ogni medico, del proprio operato ed il confronto con gli altri medici delle

perfomance individuali in un’ottica di peer-review;

c) al referente di AFT l’estrazione di dati di attività, in forma aggregata ed anonima, per la

valutazione complessiva e la programmazione dei percorsi assistenziali da garantire alla

popolazione di riferimento dell’AFT.

9. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma

delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione

dei medici delle AFT con il personale operante nelle UCCP. La valutazione dei risultati raggiunti

dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce la base per

l’erogazione della parte variabile del trattamento economico dei medici componenti la stessa

AFT.

10. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello

aziendale, sulla base della programmazione regionale.

11/127



AARTRT.. 66 –– IIL REFERENTE DIL REFERENTE DI AFT.AFT.

1. I medici componenti la AFT individuano al loro interno un referente ed il suo sostituto. I medici

proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una

durata non inferiore a tre anni e mantenendo invariato l’incarico convenzionale in essere;

devono, inoltre, poter documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e

private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all’integrazione professionale,

incluse precedenti attività di responsabilità aziendale.

2. Il referente assicura il coordinamento organizzativo e promuove l'integrazione professionale dei

componenti della AFT, nonché l’integrazione tra questi, i medici ed altro personale dell’Azienda,

con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali. Tra i referenti di AFT del

medesimo ambito è individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente

di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

3. Il referente è inoltre responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell’integrazione dei servizi e

dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell’assistenza con gli altri servizi aziendali,

incluso il raccordo funzionale con la UCCP.

4. Il referente è altresì responsabile del coordinamento dell’attività dei medici componenti della

AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l’arco della giornata e per tutti

i giorni della settimana.

5. Il referente promuove e facilita l’adozione, da parte di tutti i medici della AFT, di comportamenti

orientati all’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse.

6. Il referente garantisce la coerenza tra i programmi della AFT e gli obiettivi del Distretto di

riferimento ed annualmente predispone la relazione dell’attività della AFT sulla base di

indicatori di processo e di risultato concordati con l’Azienda per il raggiungimento degli obiettivi

di salute assegnati.

7. Il referente collabora con l’Azienda ed in particolare con l’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

per risolvere segnalazioni di disservizio relative ai medici della AFT.

8. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati

ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l’entità della remunerazione destinata alla

funzione di “referente”, il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di

cui all’articolo 42, comma 2, lettera B, punto II.

9. Il Direttore Generale dell’Azienda, o suo delegato, ratifica la designazione e valuta annualmente

il referente di AFT in relazione al conseguimento dei risultati di cui all’articolo 5, comma 9 del

presente Accordo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, il Direttore

Generale dell’Azienda, o suo delegato, può procedere, anche prima della scadenza, al subentro

del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi del precedente comma 1.

10. L’attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di

funzionamento di cui all’articolo 5, comma 10 del presente Accordo.

12/127



AARTRT.. 77 –– PPARTECIPAZIONE ALLAARTECIPAZIONE ALLA UCCP.UCCP.

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all’interno

di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre

sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall’Azienda

Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.

Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione

multi-professionale, ai bisogni di salute complessi.

2. La UCCP garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento

e l’integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre

professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli

infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione

e del sociale a rilevanza sanitaria.

3. Tutti i medici di cure primarie partecipano obbligatoriamente alle attività della UCCP di

riferimento nel rispetto della programmazione regionale.

4. La UCCP realizza i propri compiti attraverso:

a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;

b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca

concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le

finalità di cui al comma precedente;

c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di

medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

5. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del

programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di

integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai medici di cure primarie,

operanti all’interno della UCCP, costituisce la base per l’erogazione della parte variabile del

trattamento economico degli stessi medici. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata

nell’eventuale budget che l’Azienda Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell’intera

UCCP.

13/127



AARTRT.. 88 –– IIL COORDINATORE DIL COORDINATORE DI UCCP.UCCP.

1. Qualora l’Azienda decida di individuare il coordinatore dell’UCCP tra i medici di cure primarie

operanti nell’ambito della stessa, la procedura di designazione del coordinatore dovrà seguire

analoghi criteri e modalità già previsti nella designazione del referente di AFT.

Il coordinatore deve essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento

per almeno tre anni. L’incarico di coordinatore deve essere compatibile con l’attività

assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell’assistenza; il candidato deve inoltre

aver maturato una significativa esperienza professionale nell’ambito dell’assistenza territoriale

e dell’organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da

istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e

all’integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale.

2. Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:

a) collaborazione con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;

b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali,

progettuali ed organizzative;

c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo

delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;

d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato,

alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

3. Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle

funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l’entità

della remunerazione destinata alla funzione di “coordinatore”, il cui onere è finanziato

attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all’articolo 44, comma 2,

lettera B, punto II.

4. Il Direttore Generale dell’Azienda, o suo delegato, ratifica la designazione e valuta annualmente i

risultati del coordinatore di UCCP e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della

scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

14/127



AARTRT.. 99 –– DDEBITO INFORMATIVOEBITO INFORMATIVO..

1. I medici di medicina generale aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo nazionale,

avvalendosi dei sistemi informativi regionali.

2. Il medico assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:

a) flusso informativo definito dalla Regione;

b) sistema informativo nazionale (NSIS);

c) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;

d) fascicolo sanitario elettronico (FSE);

e) certificazione telematica della malattia.

3. Il medico assolve, altresì, agli obblighi informativi derivanti da provvedimenti nazionali,

regionali e aziendali.

4. L’inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera c), documentata attraverso le verifiche

del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo

del medico in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall’Azienda

Sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi

dell’inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l’inadempienza dipenda da cause

tecniche non legate alla responsabilità del medico di medicina generale.

5. Le comunicazioni tra Azienda Sanitaria e medici di medicina generale avvengono attraverso

modalità informatizzate e l’impiego della posta elettronica certificata.

15/127



AARTRT.. 1010 –– MMONITORAGGIO DELLONITORAGGIO DELL’’APPLICAZIONE DELLAPPLICAZIONE DELL’’ACN.ACN.

1. Al fine della valutazione del processo di applicazione del presente ACN e di quanto previsto dagli

AAIIRR conseguenti al medesimo, nonché al fine di documentare il grado di

convergenza/divergenza verso l’obiettivo della uniforme erogazione dei livelli essenziali di

assistenza, le Regioni e le Aziende Sanitarie trasmettono alla SISAC il testo degli Accordi

decentrati (AIR – Accordo Integrativo Regionale e AAA – Accordo Attuativo Aziendale). La SISAC

definisce e raccoglie periodicamente per via informatica ulteriori informazioni utili al

monitoraggio.

2. Tali informazioni potranno riguardare i seguenti aspetti:

a) assetto organizzativo dei servizi territoriali;

b) principali attività degli stessi servizi;

c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione.

3. La SISAC si impegna a rendere noti periodicamente i risultati di questa attività di monitoraggio.

16/127



CAPO II – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

AARTRT.. 1111 –– RRAPPRESENTANZA SINDACALEAPPRESENTANZA SINDACALE..

1. Entro un anno dall’entrata in vigore del presente Accordo, ciascuna organizzazione sindacale

deve essere effettiva titolare delle deleghe espresse dai medici di medicina generale e diretta

destinataria delle relative quote associative. Ai fini dell’accertamento della rappresentatività le

organizzazioni sindacali che abbiano dato vita, mediante fusione, affiliazione, o in altra forma, ad

una nuova aggregazione associativa possono imputare al nuovo soggetto sindacale, per

successione a titolo universale, le deleghe delle quali risultino titolari, purché il nuovo soggetto

succeda effettivamente nella titolarità delle deleghe che ad esso vengono imputate o che le

deleghe siano, comunque, confermate espressamente dagli iscritti a favore del nuovo soggetto.

2. Entro lo stesso termine di cui al comma 1 il rappresentante legale provvede al deposito presso la

SISAC dell’atto costitutivo e dello statuto della propria organizzazione sindacale, da cui risulti la

titolarità in proprio delle deleghe di cui al comma 1. Ogni successiva variazione deve essere

comunicata alla SISAC entro tre mesi.

3. Alla prima rilevazione utile, decorso il termine di cui al comma 1, ciascuna organizzazione

sindacale sarà misurata sulla base delle deleghe di cui è direttamente titolare ed intestataria.

4. I dirigenti sindacali rappresentano esclusivamente un’unica organizzazione sindacale.

17/127



AARTRT.. 1212 –– RRAPPRESENTATIVITÀAPPRESENTATIVITÀ..

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo

sindacale alle singole Aziende dai medici convenzionati titolari di incarico a tempo

indeterminato, determinato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute

effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta

delle quote sindacali, in ottemperanza all’articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.

502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell’articolo 43 del

D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.

2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell’articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre

1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano

nazionale, le organizzazioni sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe

per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.

3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale

associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento,

sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.

4. Le organizzazioni sindacali, firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un

terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di

riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.

5. I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle

delegazioni trattanti. L’Accordo Collettivo Nazionale e gli Accordi decentrati sono validamente

sottoscritti se stipulati da organizzazioni sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno

degli iscritti.

6. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC. Entro il mese di

febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC e all’Assessorato regionale alla Sanità

la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno.

7. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle

deleghe rilevate al 1° gennaio dell’anno precedente. Per le trattative disciplinate dall’articolo 8

del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza

associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all’anno precedente a quello in cui si procede

all’avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse.

8. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le

deleghe rilasciate dai medici di medicina generale di importo superiore alla metà del valore

medio delle trattenute richieste da tutte le Organizzazioni Sindacali rappresentative nel corso

del precedente anno solare. Il calcolo è operato dalla SISAC secondo quanto previsto

dall’Allegato 9 – Modalità di calcolo della trattenuta media valida ai fini della rappresentatività

sindacale. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.

18/127



AARTRT.. 1313 –– TTUTELA SINDACALEUTELA SINDACALE..

1. Per lo svolgimento durante l’attività di servizio dell’attività sindacale, debitamente comunicata

da parte dei rappresentanti nazionali, regionali ed aziendali, a ciascun sindacato maggiormente

rappresentativo e firmatario del presente Accordo viene riconosciuta la disponibilità di 3 (tre)

ore annue per ogni iscritto rilevato al 1° gennaio dell’anno precedente.

2. La segreteria nazionale del sindacato comunica alla SISAC, entro e non oltre il 31 ottobre di

ciascun anno, i nominativi dei propri rappresentanti, l’Azienda di appartenenza e le ore

assegnate nei limiti di cui al comma precedente.

3. Entro il 31 dicembre, la SISAC trasmette alle Regioni le comunicazioni di competenza. Ogni

eventuale variazione in corso d’anno deve essere tempestivamente comunicata alla SISAC da

parte del sindacato interessato.

4. Non può darsi seguito ad alcuna assegnazione di ore in assenza di riscontro ufficiale della SISAC

alla Regione di appartenenza del rappresentante sindacale.

5. Per tale attività l’Azienda riconosce al medico a ciclo di scelta, oltre all’ordinario trattamento

economico, il diritto alla sostituzione nei limiti delle ore di disponibilità assegnate da ciascun

sindacato maggiormente rappresentativo. Le ore di sostituzione non possono eccedere le ore di

attività del medico e sono computate in misura pari a 41 (quarantuno) assistiti/ora.

6. I rappresentanti sindacali comunicano mensilmente alla propria Azienda il nominativo del

sostituto e il numero delle ore di sostituzione effettuate giorno per giorno nel mese precedente.

Entro il mese successivo l’Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto, sulla base del

compenso orario di cui all’articolo 42, comma 3, lettera A. Il compenso è direttamente liquidato

al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale. La

sostituzione è effettuata ai sensi dell’articolo 31 del presente ACN e non si configura come

rapporto di lavoro continuativo.

7. Nel caso di medico a rapporto orario l’Azienda provvede al riconoscimento delle ore di

disponibilità sindacale nel limite delle ore di incarico settimanale. Le assenze dal servizio per

attività sindacale sono comunicate almeno 20 (venti) giorni prima dall'interessato all'Azienda

presso cui opera, salvo motivate e documentate urgenze.

8. Con le risorse messe a disposizione dall’ACN 8 luglio 2010, come richiamato all’articolo 42,

comma 2, lettera B, punto II, vengono garantite le ore di sostituzione di cui al comma 5. Le

risorse economiche non utilizzate confluiscono nella disponibilità per l’anno successivo. Le ore

non utilizzate nell’anno in corso non integrano il monte ore dell’anno successivo.

19/127



AARTRT.. 1414 –– PPARTECIPAZIONE DI RAPPRESENTANTI SINDACALI A COMITATI E COMMISSIONIARTECIPAZIONE DI RAPPRESENTANTI SINDACALI A COMITATI E COMMISSIONI..

1. Ai medici a ciclo di scelta che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti

dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali, è rimborsata

dall’Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura

prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. La partecipazione dei medici ad attività oraria è

considerata attività di servizio. Ai medici sono altresì rimborsate le spese di viaggio nella misura

prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

2. Le attività di cui al comma precedente devono essere debitamente comprovate da attestazioni

ufficiali.

3. Le assenze dal servizio per le attività di cui al comma 1 sono comunicate con congruo preavviso

dall’interessato all’Azienda presso cui opera.

20/127



CAPO III – COMITATI

AARTRT.. 1515 –– CCOMITATO REGIONALEOMITATO REGIONALE..

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato composto da rappresentanti della Regione e da

rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, titolari di un

numero di deleghe non inferiore al 5% a livello regionale, purché dotate di un terminale

associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale.

2. L’Assessore regionale alla Sanità o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e

presiede il Comitato.

3. La composizione, l’attività e le funzioni del Comitato sono definite a livello regionale. Non

competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Integrativi Regionali.

4. L’attività del Comitato è principalmente orientata a:

a) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale;

b) fornire indirizzi alle Aziende ed ai Comitati Aziendali per l’uniforme applicazione

dell’Accordo Integrativo Regionale;

c) effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali.

d) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;

e) avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la medicina generale.

5. La Regione fornisce il personale, i locali e quant’altro necessario per assicurare lo svolgimento

dei compiti assegnati al Comitato regionale.

21/127



AARTRT.. 1616 –– CCOMITATO AZIENDALEOMITATO AZIENDALE..

1. In ciascuna Azienda è costituito un Comitato composto da rappresentanti dell’Azienda e

rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie dell’Accordo Integrativo Regionale,

titolari di un numero di deleghe non inferiore al 5% a livello aziendale, purché dotate di un

terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale.

2. Il Direttore Generale dell’Azienda o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e

presiede il Comitato.

3. La composizione, l’attività e le modalità generali di funzionamento del Comitato sono definite a

livello regionale. Non competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Attuativi

Aziendali.

4. L’attività del Comitato è principalmente orientata a:

a) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale;

b) monitorare l’applicazione dell’Accordo Attuativo Aziendale;

c) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP.

5. L’Azienda fornisce il personale, i locali e quant’altro necessario per lo svolgimento dell’attività

del Comitato.

22/127



CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA

GENERALE

AARTRT.. 1717 –– GGRADUATORIARADUATORIA REGIONALEREGIONALE EE GRADUATORIEGRADUATORIE AZIENDALIAZIENDALI PERPER INCARICHIINCARICHI

TEMPORANEI E SOSTITUZIONITEMPORANEI E SOSTITUZIONI..

1. I medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli, di

validità annuale, predisposta a livello regionale dall’Assessorato alla Sanità.

2. I medici che aspirano all’iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui

all’articolo 18, comma 1, lettere g) e k) e devono possedere, alla scadenza del termine per la

presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte

dalle leggi vigenti;

b) iscrizione all’Albo professionale;

c) attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.Lgs.

17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche e integrazioni.

3. Ai fini dell’inclusione nella graduatoria i medici devono presentare o inviare con raccomandata

A/R o secondo modalità definite a livello regionale, entro il termine del 31 gennaio,

all’Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una

domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di

certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio.

Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli

accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell’anno precedente.

4. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere

le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni al

precedente punteggio.

5. L’amministrazione regionale o l’Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli

e dei criteri di valutazione di cui all'Allegato 1, predispone una graduatoria valevole per l’anno

solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito ed

evidenziando l’eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

6. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale e sul sito

istituzionale della Regione. Entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione i medici interessati

possono presentare all’Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata

dalla Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria

definitiva è approvata dall’Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul

Bollettino Ufficiale entro il 31 dicembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito

istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale.

La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre.

7. La Regione, o l’Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, può predisporre specifiche

graduatorie aziendali di medici disponibili all’eventuale conferimento di incarico provvisorio, a

tempo determinato o all’affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l’ordine di punteggio;

23/127



b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale

successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in

graduatoria regionale;

c) medici che abbiano acquisito l’abilitazione professionale successivamente alla data del

31/12/1994;

d) per il solo affidamento di sostituzione, medici iscritti al corso di formazione specifica in

medicina generale, ai sensi dell’articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001 n. 448;

e) per il solo affidamento di sostituzione, medici iscritti ai corsi di specializzazione, ai sensi

dell’articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001 n. 448.

8. I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell’ordine della minore età,

del voto di laurea e della anzianità di laurea.

9. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all’articolo 2, comma 1

del presente Accordo possono partecipare per graduatoria solo in un settore diverso da quello in

cui sono titolari.

24/127



AARTRT.. 1818 –– IINCOMPATIBILITÀNCOMPATIBILITÀ..

1. Ai sensi del punto 6 dell’articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e dell’articolo 4,

comma 7, della Legge 30 dicembre 1991 n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività

previste dal presente Accordo il medico che:

a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti

anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto

nella norma finale n. 1 e norme transitorie n. 1 e n. 2.

b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore,

responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive

modificazioni, o accreditate ai sensi dell’articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e

successive modificazioni e integrazioni;

c) eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio

Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto

che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il

Servizio Sanitario Nazionale;

d) svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN;

e) svolga attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità

sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta;

f) svolga funzioni fiscali per conto dell’Azienda o dell’INPS limitatamente all’ambito territoriale

in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei

servizi territoriali;

g) fruisca del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di

previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della

previdenza sociale;

h) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private

operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente

lo svolgimento di attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite

a livello regionale;

i) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell’articolo 8-

quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

j) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di

cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni, fatto salvo quanto

previsto dalle norme vigenti in materia;

k) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente.

2. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico

competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e successive modificazioni e integrazioni, fatto

salvo quanto previsto dall’articolo 33 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire

nuove scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente

conviventi.

25/127



3. L’incarico di medico di cure primarie è incompatibile con qualsiasi altro rapporto convenzionale

ai sensi del presente Accordo. L’incarico per l’emergenza sanitaria territoriale è incompatibile

con tutti gli altri rapporti convenzionali di cui al presente Accordo.

4. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del medico incluso nella graduatoria

regionale di cui all’articolo 17, deve essere risolta all’atto dell’assegnazione dell’incarico e

comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

5. Il medico deve comunicare all’Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria

condizione professionale, con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso

sull’incompatibilità.

6. La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal

presente Accordo comporta la decadenza dell’incarico convenzionale, come previsto dall’articolo

21, comma 3.

26/127



AARTRT.. 1919 –– SSOSPENSIONE DAGLI INCARICHI E DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALIOSPENSIONE DAGLI INCARICHI E DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALI..

1. Il medico è sospeso dagli incarichi della medicina generale nei seguenti casi:

a) esecuzione dei provvedimenti disciplinari di cui all’articolo 22;

b) sospensione dall’Albo professionale;

c) servizio prestato all’estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della Legge 26 febbraio

1987 n. 49;

d) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall’autorità giudiziaria.

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

a) in caso di malattia o infortunio non occorsi nello svolgimento delle attività professionali

convenzionate, per la durata massima di tre anni nell’arco di cinque; per la durata

complessiva della inabilità temporanea totale, in caso di infortunio o malattia occorsi nello

svolgimento della propria attività professionale; per inabilità temporanea o permanente che

derivi da causa di servizio, per la durata massima di tre anni nell’arco di cinque. Tali

condizioni devono essere attestate da specifica certificazione secondo le vigenti disposizioni

di legge;

b) incarichi organizzativi o di dirigenza che prevedano assunzione di responsabilità ed

autonomia gestionale ed organizzativa presso il SSN o altre pubbliche amministrazioni, per

tutta la durata dell’incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo

parziale, la sospensione è anch’essa a tempo parziale;

c) partecipazione, preventivamente autorizzata dall’Azienda, ad iniziative istituzionali a

carattere umanitario e di solidarietà sociale;

d) partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all’articolo 24 del

presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.Lgs 30 dicembre 1992 n.

502 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni

consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all’anno, salvo diversi

Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale

e che siano preventivamente autorizzati dall’Azienda.

3. Il medico di medicina generale ha diritto di usufruire di sospensione parziale dall’attività

convenzionale per periodi non superiori a 18 (diciotto) mesi nell’arco di 5 (cinque) anni nei

seguenti casi:

a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;

b) adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall’adozione o affido;

c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;

d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di

indennità di accompagnamento.

4. Il medico con assistiti in carico comunica all’Azienda le modalità e la percentuale di sostituzione.

5. Il medico di medicina generale in stato di gravidanza sospende l’attività convenzionale per tutto

il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti con sostituzione a proprio

carico per l’attività a ciclo di scelta.

27/127



6. Il medico può richiedere la sospensione dall’attività convenzionale per ristoro psico-fisico per un

periodo non superiore a trenta giorni lavorativi nell’arco di un anno con sostituzione a proprio

carico per l’attività a ciclo di scelta.

7. La sospensione dall’attività di medicina generale di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 non comporta

soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.

8. I periodi di sospensione dall’incarico convenzionale, di cui al comma 1, non sono considerati, a

nessun titolo, come attività di servizio e non comportano la erogazione del trattamento

economico e previdenziale a carico del S.S.N. per l’intero periodo. In caso di provvedimenti

restrittivi della libertà personale emessi dalla autorità giudiziaria (articolo 19, comma 1, lettera

d), seguiti da sentenza definitiva di assoluzione o proscioglimento con formula piena, l’Azienda

corrisponde al medico di cure primarie a ciclo di scelta l’intero trattamento economico

spettante, al netto di quanto già corrisposto al sostituto.

9. Nei casi previsti dal presente articolo il medico è sostituito secondo le modalità stabilite

dall’articolo 31 del presente ACN.

10. Il provvedimento di sospensione dall’incarico convenzionale è disposto dal Direttore Generale

della Azienda Sanitaria.

11. Ad eccezione di quanto previsto al comma 2, lettera a), la sospensione dall’attività convenzionale

deve essere comunicata da parte del medico all’Azienda con un preavviso minimo di 15 giorni.

12. Le autorizzazioni di cui al comma 2, lettere c) e d), sono richieste dal medico 30 giorni prima

dell’evento e la risposta della ASL viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa

richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere

adeguatamente motivato.

28/127



AARTRT.. 2020 –– AASSENZE PER INCARICHI ISTITUZIONALISSENZE PER INCARICHI ISTITUZIONALI..

1. I medici eletti al Parlamento o ai Consigli regionali, ovvero coloro che sono chiamati a svolgere le

funzioni pubbliche nelle giunte regionali sospendono l’attività convenzionale; in tal caso, i

medici a ciclo di scelta si avvalgono, con oneri a proprio carico e per tutto il corso del relativo

mandato, della collaborazione professionale di medici retribuiti con compenso orario

onnicomprensivo non inferiore a quanto previsto dall’articolo 42, comma 3, lettera A.

2. I medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché

coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle giunte degli altri Enti locali, sono

autorizzati a sospendere l’attività convenzionale; in tal caso, i medici a ciclo di scelta possono

avvalersi, con oneri a proprio carico e per tutto il corso del relativo mandato, della

collaborazione professionale di medici retribuiti con compenso orario onnicomprensivo non

inferiore a quanto previsto dall’articolo 42, comma 3, lettera A.

3. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del

titolare.

4. La sostituzione è effettuata ai sensi dell’articolo 31 del presente ACN e non si configura come

rapporto di lavoro continuativo.

29/127



AARTRT.. 2121 –– CCESSAZIONEESSAZIONE,, REVOCA E DECADENZA DELLREVOCA E DECADENZA DELL’’INCARICO CONVENZIONALEINCARICO CONVENZIONALE..

1. L’incarico cessa per i seguenti motivi:

a) recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno 30 giorni di preavviso in caso di

trasferimento e di 60 giorni negli altri casi. Su specifica richiesta dell’interessato l’Azienda,

valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza

anticipata a tutti gli effetti;

b) compimento del 70° anno di età.

2. L’incarico è revocato in caso di provvedimento disciplinare ai sensi dell’articolo 22 del presente

Accordo.

3. L’incarico decade per le seguenti motivazioni:

a) radiazione o cancellazione dall’Albo professionale;

b) omessa o non veritiera dichiarazione, relativamente a fatti, stati e posizione giuridica, che

abbia determinato l’indebito conferimento dell’incarico convenzionale;

c) sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all’articolo 30;

d) incapacità psico-fisica a svolgere l’attività convenzionale, accertata da apposita commissione

medico-legale aziendale, ai sensi della Legge 15 ottobre 1990 n. 295, su disposizione

dell’Azienda;

e) insorgenza fraudolentemente non dichiarata di causa di incompatibilità di cui all’articolo 18

del presente Accordo;

f) mancato raggiungimento, per il medico che svolge esclusivamente attività a ciclo di scelta, di

un numero minimo di assistiti pari a 400 dopo due anni di iscrizione nel medesimo elenco;

g) non accettazione dell’incarico a ciclo di scelta ai sensi dell’articolo 27, comma 7, lettera A,

punto II;

h) non accettazione dell’ampliamento orario ai sensi dell’articolo 27, comma 7, lettera B, punto

I.

4. Il provvedimento relativo alla risoluzione del rapporto convenzionale è adottato dal Direttore

Generale della Azienda.

30/127



AARTRT.. 2222 –– PPROCEDIMENTO DISCIPLINAREROCEDIMENTO DISCIPLINARE..

1. In considerazione della specificità professionale e delle particolari responsabilità che

caratterizzano la figura del medico di medicina generale convenzionato, sono stabilite specifiche

fattispecie di responsabilità disciplinari, nonché il relativo sistema sanzionatorio con la garanzia

di adeguate tutele del medico medesimo, in analogia ai principi stabiliti dal D.Lgs. 30 marzo

2001 n. 165 come modificato dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.

2. I criteri per l’individuazione delle violazioni sono i seguenti: violazione di obblighi e compiti

previsti dagli Accordi (Nazionale, Regionale ed Aziendale), mancata collaborazione con le

strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato negli Accordi, mancato

rispetto delle norme previste dall’Allegato 2 – Codice di comportamento del medico di medicina

generale.

3. Le violazioni degli obblighi di cui al comma precedente, secondo la gravità dell’infrazione, previo

procedimento disciplinare, danno luogo all’applicazione delle seguenti tipologie di sanzioni:

a) rimprovero scritto;

b) sanzione pecuniaria, di importo non inferiore al 10% e non superiore al 20% della

retribuzione corrisposta nel mese precedente, per la durata massima di cinque mesi;

c) sospensione dall’incarico e dal trattamento economico per una durata non inferiore a un

mese e non superiore a sei;

d) revoca dell’incarico con preavviso;

e) revoca dell’incarico senza preavviso.

4. Le infrazioni e le relative sanzioni sono individuate nell'Allegato 3 – Sanzioni disciplinari.

L’irrogazione della sanzione deve basarsi su elementi certi ed obiettivi, comunicata

tempestivamente al medico al fine di garantire la certezza delle situazioni giuridiche. Non può

essere applicata una sanzione diversa da quella prevista dal presente Accordo.

5. I soggetti competenti per i procedimenti disciplinari dei medici di medicina generale sono così

individuati:

a) per le infrazioni di minore gravità, a carattere occasionale, per le quali è prevista la sanzione

del rimprovero scritto, il Direttore del Distretto con riferimento ai medici di medicina dei

servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale, di assistenza penitenziaria e il

referente di AFT con riferimento ai medici di cure primarie;

b) l’Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD) istituito presso ciascuna Azienda,

secondo quanto previsto dall’articolo 55-bis, comma 4 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e

s.m.i., per le violazioni punibili con le sanzioni di maggior gravità di cui al precedente comma

3, lettere b), c), d), ed e). In caso di procedimento disciplinare riguardante il medico di

medicina generale un componente dell’UPD è sostituito da un componente in rapporto di

convenzionamento col SSN.

6. Nell’ambito del procedimento disciplinare, la contestazione dell’addebito deve essere specifica e

tempestiva e riportare l’esposizione chiara e puntuale dei fatti, nel rispetto delle procedure di

seguito indicate.

31/127



Nel corso dell’istruttoria, il Direttore del Distretto, il referente di AFT o l’U.P.D. possono acquisire

ulteriori informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. La predetta

attività istruttoria non determina la sospensione del procedimento, né il differimento dei relativi

termini.

Le comunicazioni al medico e l’accesso agli atti del procedimento avvengono come di seguito

indicato:

a) ogni comunicazione al medico, nell’ambito del procedimento disciplinare, è effettuata

tramite posta elettronica certificata, ovvero con lettera raccomandata A/R;

b) il medico ha diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento.

7. Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari,

decorsi due anni dalla loro applicazione.

8. In caso di più violazioni compiute con un’unica azione o omissione si applica la sanzione più

grave.

9. I modi e i tempi per l’applicazione delle sanzioni sono i seguenti:

a) procedimento per il Direttore del Distretto e il referente di AFT:

I. il Direttore del Distretto o il referente di AFT entro 20 (venti) giorni dal momento in cui

viene a conoscenza di comportamenti punibili con la sanzione di minor gravità, contesta

per iscritto l’addebito al medico e lo convoca, con un preavviso di almeno 10 (dieci)

giorni, per il contraddittorio a sua difesa, con l’eventuale assistenza di un procuratore

ovvero di un rappresentante dell’organizzazione sindacale cui l'interessato aderisce o

conferisce mandato.

Nel caso in cui il Direttore di Distretto o il referente di AFT ritenga che la sanzione da

applicare sia più grave di quella del rimprovero scritto, entro 5 giorni dalla notizia del

fatto trasmette gli atti all'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

dandone contestuale comunicazione all’interessato;

II. entro il termine fissato, il medico convocato, se non intende presentarsi, può inviare una

memoria scritta o, in caso di grave ed oggettivo impedimento, formulare motivata

istanza di rinvio del termine per l’esercizio della propria difesa;

III. in caso di differimento superiore a 10 (dieci) giorni dalla scadenza del preavviso, per

impedimento del medico, il termine per la conclusione del procedimento è prorogato in

misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una volta sola nel corso

del procedimento;

IV. il Direttore del Distretto o il responsabile della struttura aziendale di riferimento

conclude il procedimento, con l’atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione,

entro 60 (sessanta) giorni dalla contestazione dell’addebito;

V. la sanzione disciplinare deve essere adeguatamente motivata e notificata per iscritto

all'interessato;

b) per quanto attiene alla composizione, competenze, forme e termini dei procedimenti

assegnati all’Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD), si rinvia al D.Lgs. 30

marzo 2001 n.165 e s.m.i. ed ai regolamenti assunti da ciascuna Azienda. Anche nei

procedimenti di competenza dell’UPD il medico può farsi assistere da un procuratore ovvero

32/127



da un rappresentante dell’organizzazione sindacale cui il medico aderisce o conferisce

mandato.

In tali casi il soggetto competente ad assumere le determinazioni conclusive del

procedimento disciplinare è il Direttore Generale o suo delegato.

10. La violazione dei termini stabiliti nel presente articolo comporta, nel caso in cui la responsabilità

sia dell’Azienda, la decadenza dall’azione disciplinare e, nel caso in cui la responsabilità sia del

medico, la decadenza dall’esercizio del diritto di difesa.

11. Per quanto non espressamente previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni di cui

alla L. 27 marzo 2001 n. 97 ed al D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165.

33/127



AARTRT.. 2323 –– FFORMAZIONE CONTINUAORMAZIONE CONTINUA (ECM).(ECM).

1. La formazione professionale continua è obbligatoria per il medico di medicina generale e

riguarda la crescita culturale e professionale dello stesso, le attività inerenti ai servizi e alle

prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza, le competenze ulteriori o

integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali,

secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le

Regioni e le Province autonome.

2. Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo

conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, sia di specifico

interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con

altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri

operatori sanitari.

3. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per la

qualificazione professionale del medico di medicina generale ai sensi del presente Accordo. Per

garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all’assistenza prestata, il medico è

tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano

come obiettivi quelli definiti al comma 2 del presente articolo.

4. I corsi regionali ed aziendali, le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e

sperimentazione e formazione a distanza, danno luogo a crediti formativi, secondo le modalità

previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo

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

Formazione Continua;

5. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale;

orientativamente, i temi della formazione obbligatoria sono individuati in modo da rispondere

ad obiettivi regionali, aziendali e di integrazione tra ospedale e territorio.

6. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 5, le Regioni e le Aziende garantiscono la

realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base

degli Accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.

7. I corsi obbligatori si svolgono il sabato mattina per almeno 40 ore annue, secondo le modalità

definite dagli Accordi regionali; la partecipazione a tali corsi rientra nei compiti retribuiti e

prevede l’eventuale sostituzione del medico a carico dell’Azienda.

8. Il medico che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all’attivazione

delle procedure disciplinari di cui all’articolo 22 per l'eventuale adozione della sanzioni previste,

graduate a seconda della continuità dell'assenza.

9. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso

la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Regione o dalle

Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina

generale, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l’aggiornamento; in ogni caso la

partecipazione a tali corsi non può comportare oneri a carico dell’Azienda.

10. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di

ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor

34/127



valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.

11. Le Aziende, nella definizione dei programmi formativi e nell’ambito dei corsi di cui al comma 7,

organizzano per i medici di assistenza penitenziaria di cui al Titolo II, Capo IV del presente

Accordo corsi per il conseguimento degli attestati BLS e ACLS.

35/127



AARTRT.. 2424 –– AATTIVITÀ DIDATTICATTIVITÀ DIDATTICA

1. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono:

a) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina

generale, per la realizzazione della formazione continua di cui al precedente articolo, nonché

l’attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto

formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati

di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica;

b) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei

corsi di cui alla lettera a);

c) il fabbisogno regionale di docenti di medicina generale per i corsi di formazione continua di

cui all’articolo precedente, nonché i criteri per la individuazione dei docenti di medicina

generale da inserire in apposito elenco sulla base del loro curriculum formativo.

2. Le attività didattiche indicate al comma precedente non possono determinare ulteriori oneri a

carico della finanza pubblica e non comportano riduzione del massimale individuale.

36/127



AARTRT.. 2525 –– LLIBERA PROFESSIONEIBERA PROFESSIONE..

1. Il medico di medicina generale, al di fuori degli obblighi e delle funzioni previste dal presente

Accordo, può svolgere attività libero professionale dando comunicazione all’Azienda sulla

tipologia e le caratteristiche della stessa e purché lo svolgimento di tale attività non rechi

pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

2. Il medico di medicina generale ad incarico orario può esercitare la libera professione al di fuori

degli orari di servizio.

3. Il medico di cure primarie a ciclo di scelta può svolgere attività libero-professionale:

a) a carattere occasionale, su richiesta del cittadino, al di fuori degli orari di attività

convenzionale. Lo svolgimento di tale attività non comporta riduzione del massimale di

scelte;

b) strutturata, se espletata in forma organizzata e continuativa, con impegno settimanale

definito, al di fuori degli orari di attività convenzionale. L'esercizio di tale attività, se eccede

le 5 ore settimanali, determina la riduzione del massimale nella misura indicata all'articolo

33, comma 7 e comunque non inferiore al rapporto ottimale di cui all'articolo 27. Lo

svolgimento di detta attività è subordinato all’espletamento dell’attività istituzionale

all’interno della AFT.

4. Il medico di cure primarie con attività di 24 ore settimanali che svolga concomitante attività a

ciclo di scelta fino alla concorrenza di 350 assistiti può svolgere attività libero-professionale

strutturata fino ad un massimo di 8 ore settimanali.

5. Il medico a ciclo di scelta può svolgere attività libero-professionale in favore dei propri assistiti

erogando prestazioni non comprese nel rapporto convenzionale.

6. Il medico a ciclo di scelta che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste

da Accordi regionali o aziendali non può esercitare le stesse attività in regime libero-

professionale nei confronti dei propri assistiti.

37/127



TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

CAPO I – CURE PRIMARIE

AARTRT.. 2626 –– RRUOLO UNICO DEL MEDICO DI CURE PRIMARIEUOLO UNICO DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE..

1. Dall’entrata in vigore del presente Accordo è istituito il ruolo unico di cure primarie. I medici del

ruolo unico svolgono attività professionale a ciclo di scelta e su base oraria, operando nelle AFT

e nelle UCCP.

2. Dall’entrata in vigore del presente Accordo i medici già titolari di incarico di:

a) Assistenza Primaria;

b) Continuità Assistenziale;

confluiscono nel ruolo unico di cure primarie di cui al comma precedente.

3. Il rapporto di lavoro di medico di cure primarie è unico a tutti gli effetti.

4. Ai medici di cure primarie già operanti a rapporto orario all’atto della istituzione delle AFT è

consentita l’iscrizione negli elenchi di scelta in presenza di un fabbisogno individuato

dall’Azienda ai sensi dell’articolo 27, comma 7.

5. All’entrata in vigore del presente Accordo i medici già titolari di concomitanti incarichi di cui al

comma 2, lettere a) e b) confluiscono nel ruolo unico dell’Azienda dove svolgono attività a ciclo

di scelta, pur restando in capo alle singole Aziende la gestione delle distinte attività

convenzionali fino a risoluzione di una delle due. Per favorire lo svolgimento dell’attività

convenzionale in un’unica Azienda si applicano le disposizioni di cui all’articolo 27, comma 7.

38/127



AARTRT.. 2727 –– RRAPPORTO OTTIMALE E REGOLAZIONE DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALEAPPORTO OTTIMALE E REGOLAZIONE DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE..

1. Il rapporto ottimale dei medici di cure primarie, emergente dalla combinazione dei rapporti

ottimali definiti ai sensi dell’ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per l’attività a ciclo di scelta (1:1.000)

ed oraria (1:5.000) esprime una proporzione in misura di 5 a 1.

2. Gli Accordi Integrativi Regionali determinano i valori del rapporto ottimale dei medici di cure

primarie a ciclo di scelta, con possibile variazione in aumento del 30%, e a rapporto orario, con

possibile variazione in diminuzione o in aumento del 30%, tenuto conto, in particolare, delle

caratteristiche demografiche, delle peculiarità geografiche del territorio e dell’offerta

assistenziale.

3. Nei Comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale, si fa

riferimento alla popolazione complessiva residente nel Comune.

4. L’ambito territoriale di iscrizione del medico, ai fini dell’esercizio della scelta da parte del

cittadino e della apertura degli studi medici, è costituito, sulla base di determinazioni aziendali,

da uno o più Comuni con popolazione di almeno 7.000 abitanti; per particolari situazioni

possono essere individuati ambiti territoriali con popolazione minore di 7.000 ma comunque

non inferiore a 5.000 unità. Il medico operante in un Comune comprendente più Aziende è

iscritto nell’elenco di una sola Azienda. In caso di modifica 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, nel rispetto del diritto di

scelta degli assistiti.

5. La AFT è l’articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del

fabbisogno assistenziale. In tutti i Comuni, Circoscrizioni e località con oltre 500 abitanti deve

essere comunque assicurata l’assistenza ambulatoriale.

6. Il fabbisogno di medici viene regolato nell’ambito degli Accordi Integrativi Regionali sulla base

della combinazione di criteri, quali:

a) confronto del nuovo rapporto ottimale con il rapporto reale vigente;

b) capacità ad acquisire scelte e/o di svolgere attività oraria da parte dei medici di cure

primarie facenti parte della stessa AFT.

7. Qualora sia possibile soddisfare il fabbisogno avvalendosi dei medici già operanti nella

medesima AFT, si provvede alla redistribuzione del carico di lavoro sulla base di criteri da

definire a livello regionale, tenuto conto del seguente ordine di priorità:

A – FABBISOGNO DI ATTIVITÀ A CICLO DI SCELTA

I. medici con capienza di scelta nel limite del massimale;

II. medici che svolgono attività oraria di cui all’articolo 26, comma 4;

III. procedura di mobilità interna all’ambito territoriale di riferimento;

IV. procedura di mobilità interna alla Azienda.

B – FABBISOGNO DI ATTIVITÀ ORARIA

I. medici disponibili all’ampliamento di attività oraria nel limite del massimale orario;

39/127



II. medici a ciclo di scelta di cui al successivo comma 8 nel limite di quanto stabilito

all’articolo 33, comma 7;

III. riconduzione all’unicità del rapporto di lavoro dei medici di cui all’articolo 26,

comma 5.

8. Il medico di cure primarie, fino al raggiungimento di 1.000 assistiti, è tenuto a prestare anche

attività oraria. Lo svolgimento di attività oraria è altresì consentito al medico che abbia superato

la quota di 1.000 assistiti.

9. Espletate le procedure di cui al comma precedente, qualora permanga un fabbisogno

assistenziale, si procede all’inserimento di nuovi medici.

40/127



AARTRT.. 2828 –– AASSEGNAZIONESSEGNAZIONE DIDI NUOVINUOVI INCARICHIINCARICHI EE INSTAURAZIONEINSTAURAZIONE DELDEL RAPPORTORAPPORTO

CONVENZIONALECONVENZIONALE..

1. L’Azienda, in attuazione di quanto previsto all’articolo 27, comma 9, procede all’assegnazione di

nuovi incarichi con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune, nella località o nella

sede indicata. In particolare, in caso di fabbisogno di attività oraria, deve essere previsto un

incarico di almeno 24 ore settimanali.

2. La disponibilità di nuovi incarichi è resa nota tramite pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della

Regione.

3. Possono concorrere al conferimento di nuovi incarichi i medici di cure primarie già titolari di

incarico a tempo indeterminato ed i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l’anno

in corso, secondo le procedure di cui all’articolo 29.

4. Espletate le procedure di cui all’articolo 29, il Direttore Generale conferisce l’incarico a tempo

indeterminato precisando che il medico dovrà operare nella AFT/UCCP di assegnazione. Il

medico, entro il termine di 90 (novanta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico,

a pena di decadenza, deve:

a) aprire nell’ambito territoriale assegnatogli, tenuto conto delle prescrizioni di cui all’articolo

29, comma 3, uno studio professionale secondo i requisiti di cui all’articolo 30 e darne

comunicazione alla Azienda;

b) trasferire la residenza o eleggere il domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro

Comune;

c) comunicare l’Ordine professionale provinciale di iscrizione.

5. L’Azienda, avuto riguardo a difficoltà connesse all’apertura dello studio, può consentire

proroghe al termine di cui al comma 4 entro il limite massimo di ulteriori 60 (sessanta) giorni.

6. Il medico comunica l’avvenuta apertura dello studio entro il termine di cui al comma 4, fatto

salvo quanto previsto al comma 5. Entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione l’Azienda

procede alla verifica dell’idoneità dello studio in rapporto ai requisiti di cui all’articolo 30 e ne

notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se necessario, un termine non superiore a

30 (trenta) giorni per eseguire gli adeguamenti prescritti. Trascorso tale termine inutilmente il

medico decade dal diritto all’incarico.

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'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine dei 15 (quindici) giorni di cui

al comma precedente, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta

comunque salva la facoltà della Azienda di verificare in qualsiasi momento l’idoneità dello

studio.

8. Al medico, al quale sia stato definitivamente conferito l’incarico ai sensi del presente articolo, è

fatto divieto di esercitare attività convenzionali ai sensi del presente Accordo in studi

professionali collocati fuori dall’ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto. Per il valore di

diffusione capillare e per il miglioramento della qualità dell’assistenza, può essere autorizzata

l’apertura di più studi secondo le procedure previste dal precedente comma 6.

41/127



9. L’Azienda, per esigenze assistenziali in particolari località e per favorire l’inserimento di medici

in zone disagiate, può consentire l’utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente

disponibile. L’ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l’uso, comprese le

spese per il suo utilizzo, sono definite a livello aziendale.

10. Il medico che instaura un rapporto convenzionale a seguito delle procedure del presente articolo

può svolgere attività convenzionale in una sola Azienda.

42/127



AARTRT.. 2929 –– PPROCEDURE PER LROCEDURE PER L’’ASSEGNAZIONE DI INCARICHIASSEGNAZIONE DI INCARICHI..

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa

individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l’elenco degli incarichi vacanti di medico di cure

primarie individuati dalle Aziende, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre

dell’anno in corso.

2. In sede di pubblicazione degli incarichi, fermo restando l’ambito di iscrizione negli elenchi di

scelta del medico, l’Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata

l’assistenza ambulatoriale.

3. L’indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella

zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall’iscrizione nell’elenco,

trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l’Azienda, nel pubblicare gli incarichi, indica

la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla

Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del

bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti.

5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di cure primarie da

almeno 2 anni nella Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in altra Regione da almeno

4 anni. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di

assistenza primaria e/o di continuità assistenziale ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. I

trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in

ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano

alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo

incarico;

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

6. I medici già titolari d’incarico di cure primarie a tempo indeterminato possono concorrere

all’assegnazione solo per trasferimento.

7. I medici di cui al comma 5, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo

indeterminato di medico di cure primarie ed all'anzianità nei settori confluiti nel ruolo unico

(assistenza primaria, continuità assistenziale), detratti i periodi di eventuale sospensione

dall’incarico. In caso di servizi contemporanei se ne valuta uno solo.

8. I medici di cui al comma 5, lettera b) sono graduati nell’ordine risultante dai seguenti criteri:

a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all’articolo 17;

b) 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 al conferimento dell’incarico;

c) 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 al conferimento

dell’incarico.

43/127



9. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 5, lettera a) e b) sono graduati

nell’ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

10. Le graduatorie per l’assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell’anzianità

e dei punteggi relativi, con l’indicazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

11. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i medici di cui al

comma 5, lettera a) e, successivamente, i medici di cui al comma 5, lettera b) sulla base delle

percentuali di riserva di cui ai successivi commi.

12. Per l’assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), sulla base degli Accordi regionali,

le Regioni riservano una percentuale variabile, calcolata sul numero complessivo di incarichi a

livello regionale:

a) dal 60% al 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina

generale;

b) dal 40% al 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione

specifica in medicina generale.

13. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve

di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all’altra.

14. Gli aspiranti all’assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle

riserve di cui al comma 12, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 13, e dichiarano

nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

15. I quozienti frazionali derivanti dall’applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 12

sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le

riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

16. La Regione, o il soggetto individuato, provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla

convocazione dei medici per una data non antecedente i 15 (quindici) giorni dalla data di invio

della convocazione.

17. Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l’incarico che accetta o rinunciare

all’assegnazione.

18. La mancata presentazione costituisce rinuncia all’incarico. Il medico oggettivamente

impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, la propria

disponibilità all’accettazione con l’indicazione dell’ordine di priorità tra gli incarichi per i quali

abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli

indicati.

19. Il medico che accetta per trasferimento ai sensi del precedente comma 17 decade dall’incarico di

provenienza, fatto salvo l’obbligo di garantire l’attività convenzionale nel periodo di preavviso di

cui all’articolo 21, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente

il ripristino dell’incarico di provenienza.

20. Il medico che accetta l'incarico ai sensi del comma 5, lettera b) non può concorrere

all’assegnazione di ulteriori incarichi di cure primarie in base alla medesima graduatoria.

21. All’atto dell’assegnazione dell’incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di

atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono

essere risolte secondo quanto previsto dall’articolo 18, comma 4.

44/127



22. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l’assegnazione degli incarichi,

invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico

proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l’avvenuta accettazione

dell’incarico ai fini di quanto previsto al comma 19.

45/127



AARTRT.. 3030 –– RREQUISITI DEGLI STUDI MEDICIEQUISITI DEGLI STUDI MEDICI..

1. Lo studio del medico di cure primarie, studio professionale privato, è presidio del Servizio

Sanitario Nazionale che concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo

Servizio.

2. Lo studio deve essere dotato degli spazi, degli arredi e delle attrezzature indispensabili per

l’esercizio dell’attività convenzionale, di sala d’attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici,

di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di telefono con

segreteria telefonica, di strumenti informatici idonei per assolvere ai compiti di cui all’articolo 9,

di frigorifero.

3. Detti ambienti sono adibiti esclusivamente ad uso di studio medico di cure primarie. Se lo studio

è inserito in un appartamento di civile abitazione, i locali e l’ingresso devono essere

specificamente dedicati.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche oppure attività

sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve

essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture. Nello studio del medico può essere

svolta esclusivamente attività istituzionale ai sensi del presente Accordo e la libera professione

ai sensi dell’articolo 25.

5. L’orario giornaliero di apertura dello studio è concordato dal medico con il referente di AFT al

fine di garantire la continuità dell’assistenza dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria 8,00-20,00,

con alternanza di apertura al mattino e al pomeriggio, con orario settimanale non inferiore a:

5 ore fino a 500 assistiti;

10 ore da 501 a 1.000 assistiti;

15 ore da 1.001 a 1.575 assistiti.

Fermo restando il debito orario minimo, il medico è tenuto a garantire le ore definite dal

referente di AFT per il completamento dell’orario di apertura degli studi necessario a garantire

la continuità dell’assistenza.

6. L’articolazione oraria degli studi dei medici della AFT deve garantire ai cittadini un riferimento

preciso cui rivolgersi quando lo studio del proprio medico è chiuso.

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

di prenotazione.

8. Le modalità di contattabilità del medico di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello

studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.

9. Nel caso di esercizio dell’attività convenzionale in più studi, l’orario complessivo di cui al comma

5 può essere frazionato tra tutti gli studi con prevalente apertura in quello principale, in accordo

con la programmazione dell’apertura degli studi all’interno della AFT.

10. I medici devono comunicare all’Azienda e agli assistiti le modalità di organizzazione,

l’articolazione oraria di apertura degli studi e i recapiti telefonici di riferimento al fine di

garantire una costante informazione.

46/127



AARTRT.. 3131 –– SSOSTITUZIONIOSTITUZIONI..

1. Il medico di cure primarie titolare di scelte ha l’obbligo di farsi sostituire fin dall’inizio

dell’assenza, di comunicare all’Azienda la durata e le motivazioni, nonché il nominativo del

sostituto. Il medico deve inoltre informare i propri assistiti sulla durata e le modalità della

sostituzione, dandone comunicazione anche al referente di AFT o al coordinatore di UCCP.

2. La sostituzione di medici ad attività oraria, o di medici a ciclo di scelta che non abbiano potuto

provvedere ai sensi del comma 1, è effettuata da medici operanti nella medesima AFT, secondo

modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente di AFT.

3. Qualora non vi siano le condizioni per effettuare la sostituzione secondo quanto previsto ai

precedenti commi, l’Azienda provvede sulla base della graduatoria aziendale di disponibilità di

cui all'articolo 17, comma 7, con priorità per i residenti nell’ambito di iscrizione o di attività del

medico sostituito.

4. Il sostituto assume direttamente e formalmente, all’atto dell’accettazione della sostituzione, le

responsabilità professionali e gli obblighi del titolare, sia per l’attività prestata nei confronti

degli assistiti che per l’attività oraria. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del titolare.

5. Alla sostituzione del medico sospeso dall’incarico ai sensi dell’articolo 19, comma 1 provvede la

Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all’articolo 17, comma 7. Le

scelte restano in carico al medico sospeso, fatta salva la revoca da parte degli assistiti.

6. Il compenso spettante al medico che effettua sostituzione per attività a ciclo di scelta è pari al

70% del compenso di cui all’articolo 42, comma 2, lettera A, punto I ed è corrisposto:

a) intero per i mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre;

b) maggiorato del 20% per i mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo;

c) ridotto del 20% per i mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

Al titolare viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

Al sostituto spettano inoltre i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all’Allegato 5 e, con le

stesse limitazioni previste per il titolare, per le prestazioni di assistenza domiciliare

programmata (ADP) di cui all’Allegato 6 ed integrata (ADI) di cui all’Allegato 7, eseguite nel

corso della sostituzione.

7. Per sostituzioni pari o inferiori a 30 (trenta) giorni e comunque per i primi 30 (trenta) giorni di

sostituzione continuativa del medico a ciclo di scelta l’Azienda corrisponde i compensi al medico

titolare, il quale provvede ad erogare al sostituto i compensi dovuti nel rispetto della normativa

fiscale. Dal trentunesimo giorno l’Azienda corrisponde i compensi direttamente al sostituto. Se il

sostituto è incaricato dall’Azienda i compensi sono corrisposti allo stesso fin dal primo giorno di

sostituzione. In caso di decesso del medico, il sostituto già designato prima del decesso può

proseguire l’attività di sostituzione per non più di 30 (trenta) giorni, conservando il trattamento

di cui beneficiava durante la sostituzione.

8. Al medico che effettua sostituzione per attività oraria spetta il compenso indicato all’articolo 42,

comma 3, lettera A oltre ai compensi previsti per le prestazioni aggiuntive di cui all’Allegato 5.

47/127



AARTRT.. 3232 –– IINCARICHI PROVVISORINCARICHI PROVVISORI..

1. In attesa del conferimento di incarico di medico di cure primarie ai sensi dell’articolo 28,

l’Azienda può conferire un incarico provvisorio utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui

all’articolo 17, comma 7, con priorità per i medici residenti nell’ambito territoriale di incarico.

2. L’incarico provvisorio ha durata inferiore a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di

inserimento del medico titolare.

3. Per l’attività assistenziale a ciclo di scelta viene corrisposto il compenso di cui all’articolo 42,

comma 2, lettera A, punto I); per l’attività oraria è riconosciuto il compenso indicato all’articolo

42, comma 3, lettera A.

4. L’Azienda è tenuta a concedere in uso l’eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso

nell’ambito territoriale di incarico.

5. In caso di improvvisa cessazione dell’attività del medico titolare l’Azienda informa i cittadini

della necessità di procedere alla scelta di un altro medico.

48/127



AARTRT.. 3333 –– MMASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONIASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI..

1. I medici di cure primarie iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte

pari a 1.575 unità, incluse le ricongiunzioni familiari di cui all’articolo 34, comma 4. Eventuali

deroghe al massimale possono essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali, ai

sensi dell’articolo 48, comma 3, punto 5, della Legge 833/78, per un tempo determinato, non

superiore comunque a sei mesi.

2. Le scelte temporanee di cui all’articolo 34, commi 6 e 7 sono inserite in apposito separato

elenco, non concorrono alla determinazione del massimale di cui al comma 1 e sono acquisibili

nel limite massimo di 225 unità.

3. Non concorrono alla determinazione del massimale di cui al comma 1 le scelte dei minori nella

fascia di età 0-6 anni.

4. I medici che, alla data di entrata in vigore dell’ACN, hanno un numero di assistiti in carico

superiore a quanto stabilito dal comma 2 rientrano nel limite mediante la sospensione

dell'attribuzione di nuove scelte.

5. Le Aziende, sentito il parere del referente di AFT, possono autorizzare i medici ad autolimitare la

propria attività a ciclo di scelta in misura non inferiore al rapporto ottimale. Il massimale

individuale derivante da autolimitazione del numero di scelte di cui al comma 1 non è

modificabile prima di 3 (tre) anni dalla data di decorrenza della stessa. A far data

dall’autorizzazione alla autolimitazione, non possono essere assegnate al medico ulteriori scelte

temporanee di cui al comma 2.

6. I compensi sono corrisposti fino al massimale cui al comma 1 o massimale individuale derivante

da autolimitazione di cui al comma 5. Le scelte temporanee di cui al comma 2 sono retribuite nel

limite indicato.

7. L'impegno settimanale del medico a ciclo di scelta equivale convenzionalmente a 38 ore

settimanali, secondo il rapporto 41 assistiti/ora.

49/127



AARTRT.. 3434 –– SSCELTA DEL MEDICO DI CURE PRIMARIECELTA DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE..

1. La libera scelta del medico, nel rispetto del numero massimo di assistiti, è collegata alla

residenza e compatibile con l'organizzazione sanitaria di riferimento del territorio. Il cittadino

sceglie per sé e per le persone di cui ha la tutela legale il medico di fiducia tra quelli iscritti negli

elenchi dell’Azienda Sanitaria di residenza, articolati per Comuni o gruppi di Comuni. L'ambito

territoriale per la scelta del medico non può essere inferiore all'area comunale; nei Comuni ove

operano più Aziende l’ambito territoriale coincide con una frazione del Comune stesso. La scelta

è a tempo indeterminato, salvo revoca.

2. Nell’ambito dell’Azienda, il cittadino sceglie il medico prioritariamente tra quelli operanti nel

Comune di residenza o nei Comuni afferenti al medesimo ambito; può, tuttavia, scegliere un

medico iscritto in elenchi diversi da quello di residenza, previa accettazione da parte del medico

interessato. Le Aziende comunicano ai medici l’elenco degli assistiti in carico con i necessari

aggiornamenti.

3. I minori che abbiano compiuto il sesto anno di età possono essere assistiti dal medico di cure

primarie a ciclo di scelta.

4. Il figlio, il coniuge e il convivente dell’assistito, già in carico al medico di cure primarie, purché

facenti parte anagraficamente del medesimo nucleo familiare, possono effettuare la scelta a

favore dello stesso medico nel limite di quanto previsto all’articolo 33, comma 1.

5. Eventuali scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella

di appartenenza sono disciplinate negli Accordi Integrativi Regionali o accordi tra Regioni.

6. Per il cittadino non residente effettua la scelta è a tempo determinato per una durata minima di

3 mesi e massima di 1 anno, espressamente prorogabile, così come indicato nell’Accordo Stato-

Regioni del 8 maggio 2003, rep. n. 1705. L’Azienda comunica l’iscrizione temporanea alla

Azienda di provenienza al fine della cancellazione nelle sue liste.

7. Il cittadino extracomunitario in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio

italiano effettua la scelta a tempo determinato di validità pari a quella del permesso di

soggiorno. La scelta è espressamente prorogabile alla scadenza anche nelle more del rinnovo del

permesso di soggiorno.

8. Il medico è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo

del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito

di mancato rinnovo del permesso di soggiorno.

50/127



AARTRT.. 3535 –– RREVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTAEVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA..

1. Il cittadino può revocare in qualsiasi momento la scelta del medico, utilizzando le procedure

dell’Azienda Sanitaria, ed effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto

immediato.

2. Il medico a ciclo di scelta che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può

ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere

motivata da eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità ai sensi dell’articolo 8, comma 1,

lettera b), D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i

motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli

effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16°d giorno successivo alla sua comunicazione.

3. Non è consentita la ricusazione qualora nell’ambito territoriale di scelta non sia operante altro

medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità.

4. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi

dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite dell’autolimitazione o per

rientrare nel massimale.

51/127



AARTRT.. 3636 –– RREVOCHE DEVOCHE D’’UFFICIO DELLE SCELTEUFFICIO DELLE SCELTE..

1. Le revoche delle scelte dei cittadini sono effettuate d’ufficio dall’Azienda nei seguenti casi:

a) fruizione temporanea dell’assistenza sanitaria erogata dallo Stato ai sensi dell’articolo 7,

comma 1, della Legge 7 agosto 1982 n. 526;

b) decesso dell’assistito;

c) trasferimento di residenza dell’assistito in altra Azienda;

d) irregolare doppia iscrizione del cittadino;

e) cancellazione del medico dall’elenco di scelta.

2. I cittadini di cui al comma precedente, lettera a) in caso di cessazione delle condizioni previste

dalla citata Legge effettuano una nuova scelta del medico di fiducia.

3. Le cancellazioni per i casi di cui al comma 1, lettera d) decorrono dalla data della seconda

attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici

diversi la cancellazione dall’elenco degli assistiti del primo medico decorre dalla data della

seconda scelta.

4. L’Azienda, previa comunicazione al medico, procede al recupero di quote per assistiti liquidate e

non dovute a far data dal verificarsi di uno degli eventi di cui al comma 1. Il medico può opporre

motivato e documentato ricorso entro 15 (quindici) giorni ed il Direttore Generale assume la

propria deliberazione in merito entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento del ricorso. La

ripetizione delle somme o l’applicazione del conguaglio negativo avviene, fino al recupero

dell’importo complessivo, nella misura massima mensile del 20% delle quote corrisposte in base

al numero degli assistiti in carico, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali. L’Azienda può

dare corso ad una diversa rateizzazione delle somme da ripetere o al conguaglio negativo, in

percentuale superiore al 20%, previo accordo con il medico interessato.

5. Gli effetti economici delle cancellazioni e delle attribuzioni di scelte seguono le vigenti

disposizioni del Codice Civile in materia di ripetizione di emolumenti non dovuti e di crediti, con

relativi termini di prescrizione.

6. L’Azienda presso la quale il cittadino effettua una nuova scelta comunica tale circostanza

all’Azienda di provenienza perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova

scelta.

52/127



AARTRT.. 3737 –– EEFFETTI ECONOMICI DI SCELTAFFETTI ECONOMICI DI SCELTA,, REVOCA E RICUSAZIONEREVOCA E RICUSAZIONE..

1. Ai fini della corresponsione delle quote per assistiti in carico la scelta, la ricusazione e la revoca

decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda

che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese. In caso di morte dell’assistito la

quota è corrisposta fino alla data del decesso.

2. Il rateo mensile delle quote per assistiti in carico è frazionabile in trentesimi, ai fini del

pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento,

cancellazione o sospensione del medico dall’elenco.

3. La cessazione dell’incarico del medico per sopraggiunti limiti di età produce effetti economici dal

giorno di compimento dell’età prevista.

53/127



AARTRT.. 3838 –– CCOMPITI DEL MEDICO DI CURE PRIMARIEOMPITI DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE..

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto

previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più

avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico di cure primarie espleta le

seguenti funzioni:

a) assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;

b) si fa parte attiva della continuità dell’assistenza per gli assistiti;

c) persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

2. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico di

cure primarie svolge la propria attività facendo parte integrante di un’AFT e partecipa alle

attività dell'UCCP di riferimento.

3. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie e invia le informazioni all’Azienda sanitaria

come previsto dall’articolo 9 del presente Accordo.

4. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo costituiscono responsabilità individuali del

medico di cure primarie e rappresentano condizioni irrinunciabili per l’accesso ed il

mantenimento della convenzione con il SSN.

5. Nello svolgimento della propria attività il medico di cure primarie:

a) cura la tenuta e l’aggiornamento della cartella clinica informatizzata di ciascun assistito da

condividere con gli altri medici della AFT;

b) adotta le misure necessarie, in conformità alle normative vigenti, per il consenso informato,

il trattamento, la conservazione e la sicurezza dei dati sensibili;

c) opera nell’ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse delle Cure

Primarie rispettando le modalità organizzative concordate all’interno delle stesse,

espletando sia attività a ciclo di scelta che attività oraria;

d) garantisce la continuità dell’assistenza per tutti i giorni della settimana e secondo quanto

previsto dall’articolo 39 del presente Accordo;

e) assicura agli assistiti la presa in carico globale, anche attraverso prestazioni e visite

ambulatoriali e domiciliari;

f) gestisce le patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, con interventi appropriati

ed azioni di promozione della salute e garantisce l’assistenza proattiva nei confronti dei

malati cronici e dei pazienti fragili, secondo quanto previsto dall’articolo 39 del presente

Accordo;

g) partecipa a progetti e programmi di attività, finalizzati al rispetto dei livelli programmati di

spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale, ed a quelli finalizzati a sensibilizzare i

cittadini su specifiche tematiche, sull'adozione di corretti stili di vita, uso appropriato dei

farmaci e delle risorse messe a disposizione del SSN;

h) collabora con la dirigenza dell’Azienda sanitaria per la realizzazione dei compiti istituzionali

del Servizio Sanitario Nazionale;

i) partecipa alle attività formative programmate dall’Azienda;

54/127



j) effettua visite occasionali, secondo quanto previsto dall’articolo 41 del presente ACN;

k) redige le certificazioni obbligatorie di propria competenza;

l) effettua le prestazioni aggiuntive di cui all’Allegato 5;

m) eroga assistenza in zone disagiate/disagiatissime, sulla base degli Accordi regionali di cui

all’articolo 42, comma 2, lettera E.

6. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico di cure primarie a ciclo di scelta:

a) le visite domiciliari, avuto riguardo alla non trasferibilità dell’ammalato, su richiesta dei

propri assistiti sono da eseguire di norma nel corso della stessa giornata o entro le ore dodici

del giorno successivo;

b) l’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 6 e 7 ovvero secondo gli Accordi Integrativi Regionali;

c) l’assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali,

disciplinata da protocolli definiti dagli Accordi Integrativi Regionali;

d) il consulto con lo specialista attuato di persona presso gli ambulatori dell’Azienda o, su

richiesta motivata e previa autorizzazione aziendale, presso il domicilio del paziente;

e) la partecipazione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale, promosse ed organizzate

dalla Regione e/o dalle Aziende, con obbligo di effettuare le vaccinazioni alla popolazione a

rischio, secondo modalità concordate;

f) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:

I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti;

II) incapacità temporanea al lavoro;

III) idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del

Ministero della Salute 24 aprile 2013, articolo 3, lettere a) e c), nell’ambito scolastico, a

seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;

IV) riammissione alla scuola dell’obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole

secondarie superiori, laddove previste;

V) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;

VI) valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di

assistenza domiciliare integrata, programmata e per l’inserimento nelle strutture

residenziali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell’ambito degli

Accordi regionali.

7. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico di cure primarie ad attività oraria:

a) l'erogazione di prestazioni assistenziali non urgenti, in sede ambulatoriale o a domicilio, a

tutta la popolazione, di ogni fascia di età, nelle fasce orarie di cui all’articolo 39, comma 2;

b) la partecipazione alla gestione della continuità della assistenza nella fascia oraria 8.00 –

20.00 dei giorni feriali, secondo i modelli organizzativi regionali, anche nell’ambito della

funzionalità del Numero Unico Europeo 116117;

55/127



c) le proposte di ricovero;

d) le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e secondo le disposizioni vigenti

in materia;

e) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:

I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti, fino ad un massimo di tre giorni;

II) assenza per malattia dei lavoratori turnisti;

III) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;

f) la constatazione di decesso.

56/127



AARTRT.. 3939 –– AATTIVITÀTTIVITÀ ASSISTENZIALEASSISTENZIALE AA PRESTAZIONEPRESTAZIONE ORARIAORARIA DELDEL MEDICOMEDICO DIDI CURECURE

PRIMARIEPRIMARIE..

1. Il medico di cure primarie a rapporto orario supporta ed integra l'attività dei medici a ciclo di

scelta e fornisce prestazioni ambulatoriali e domiciliari, al fine di contribuire alla continuità

dell’assistenza, nella fascia oraria 8.00 – 24.00.

2. L'attività a tutta la popolazione di riferimento, inclusa quella in età pediatrica, è modulata

secondo la seguente articolazione:

a) nelle ore notturne dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 24.00;

b) nei giorni festivi ed il sabato dalle ore 8.00 alle ore 24.00.

3. Con riferimento all’attività assistenziale nei confronti della popolazione della AFT, gli orari

diurni feriali vengono disposti dall’Azienda, nel rispetto della programmazione regionale,

quando il coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta non risulta

sufficiente ed adeguato a garantire la copertura assistenziale per l'intero arco della giornata, per

supportare la presa in carico di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili ad alto rischio

di ospedalizzazione o di accesso improprio al Pronto Soccorso nonché per straordinarie

situazioni di maggior impegno assistenziale.

4. In particolari situazioni l’Azienda valuta l’attivazione del servizio di continuità assistenziale in

ulteriori fasce orarie.

5. Le previsioni di cui ai commi 3 e 4 sono attuate nel rispetto delle necessità assistenziali fissate

dalla programmazione regionale e, successivamente, con la definizione del rapporto ottimale

nell’ambito degli Accordi Integrativi Regionali. Alla data di entrata in vigore del presente

Accordo le Regioni garantiscono il rispetto del volume di ore già utilizzate e retribuite.

6. Le sedi di riferimento del servizio di continuità assistenziale sono individuate dalla Azienda in

ambito distrettuale, anche con riferimento a più AFT, per garantire l’integrazione organizzativa e

professionale delle cure primarie e agevolare l'accesso dei cittadini.

7. In specifiche aree territoriali o in zone definite disagiate, l'attività di cui al comma 2 può essere

garantita dai medici delle cure primarie, sia a ciclo di scelte che ad attività oraria, con modalità di

reperibilità domiciliare definite con Accordi regionali.

8. Il medico che assicura la continuità assistenziale, in relazione al quadro clinico prospettato

dall'utente o dalla centrale operativa, effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati,

riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali, comprese le eventuali

prestazioni aggiuntive di cui all’Allegato 5 ed attiva direttamente il servizio di emergenza

urgenza - 118, qualora ne ravvisi la necessità.

9. Le chiamate degli utenti ed i relativi interventi devono essere registrati e rimanere agli atti,

secondo le modalità definite dall’Azienda.

10. Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare ulteriori compiti e le modalità di

partecipazione del medico a rapporto orario alle attività previste nelle nuove forme

organizzative.

11. L'incarico di medico di cure primarie a rapporto orario è di 24 ore settimanali con possibilità di

estensione fino a 38 ore.

57/127



12. L'attività programmata e coordinata all'interno dell'AFT è prestata con flessibilità oraria ed

articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con un orario giornaliero

minimo di 4 ore e massimo di 12.

13. I medici di cure primarie titolari di incarichi a ciclo di scelta e di attività oraria, al

raggiungimento del massimale di attività, convenzionalmente determinate all'articolo 33,

comma 7 nella proporzione di 41 assistiti equivalenti ad un'ora di attività, dovranno ridurre

proporzionalmente la propria attività oraria in relazione all’aumento degli assistiti.

14. Le Aziende, esperite inutilmente le procedure dell’articolo 28 ed al fine di garantire comunque la

continuità dell’assistenza, possono consentire per il solo espletamento di attività oraria,

integrazioni straordinarie dell’attività dei medici operanti nella AFT fino ad un massimo di 10

ore settimanali oltre il massimale di scelte stabilito all’articolo 33, comma 1. Le Aziende

provvedono comunque alla pubblicazione delle ore di cui al presente comma secondo le cadenze

e le modalità di cui all’articolo 29. Le integrazioni orarie di cui al presente comma cessano con il

conferimento del nuovo incarico.

15. Le Aziende, per esigenze straordinarie, possono conferire incarichi a tempo determinato, della

durata massima di sei mesi, per l’esclusivo svolgimento di attività oraria sulla base della

graduatoria aziendale di cui all'articolo 17, comma 7.

16. Le Aziende possono organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso

di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno secondo modalità di attuazione e

retribuzione definite con Accordi regionali.

17. L’Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i

medici che svolgono attività a prestazione oraria contro gli infortuni subiti a causa od in

occasione dell’attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi,

sempreché l’attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni

eventualmente subiti in occasione dell’accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro,

nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni

previsti dal presente Accordo.

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

a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;

b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno,

fatti salvo diversi Accordi regionali.

La relativa polizza è portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 12, comma 4.

19. Per lo svolgimento dell’attività oraria l’Azienda è tenuta a fornire al medico i farmaci e il

materiale, necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio.

20. Nel caso in cui l’attività sia svolta in sedi di servizio messe a disposizione dall’Azienda, le stesse

devono essere dotate di idonei locali, di adeguate misure di sicurezza, nonché di servizi igienici.

21. L’Azienda assegna le sedi di attività e predispone i turni di servizio, in collaborazione con i

referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono disposti sulla base del

principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati.

22. L’Azienda provvede altresì alla disponibilità di:

58/127



a) mezzi di servizio, possibilmente con caratteri distintivi che ne permettano l’individuazione

come mezzi adibiti a soccorso;

b) adeguato apparecchiature per la registrazione delle chiamate, su supporto magnetico o

digitale, presso le sedi operative;

c) arredi per la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli

altri materiali messi a disposizione dei medici.

59/127



AARTRT.. 4040 –– AATTIVITÀ PRESCRITTIVATTIVITÀ PRESCRITTIVA..

1. Il medico di cure primarie a ciclo di scelta può prescrivere farmaci e/o indagini specialistiche

con ricetta del SSN, secondo le norme di legge vigenti e nel rispetto delle modalità previste dal

SSN, nei confronti dei cittadini che lo abbiano preventivamente scelto, fatto salvo quanto

previsto all'articolo 41, comma 5.

2. In caso di assenza del medico di scelta le prescrizioni urgenti possono essere effettuate da un

altro medico della stessa AFT.

3. La richiesta di indagine, prestazione, visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o

quesito diagnostico. La proposta di ricovero o prescrizione di cure termali deve essere

accompagnata dalla specifica motivazione.

4. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche

anche in assenza del paziente solo nel caso di prosecuzione di terapia e di controlli routinari

previsti in protocolli assistenziali.

5. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante,

alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica,

limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.

6. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione del precedente comma

e nel rispetto del disposto della Legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende

emanano disposizioni per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello

specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti

necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a

interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 (trenta) giorni

dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati

saranno proposti al medico di scelta.

7. Il medico di cure primarie ad attività oraria può prescrivere farmaci per terapia non differibile e

formulare proposta di ricovero.

8. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di cure primarie ritenuti non

conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all’organismo composto dai soggetti

individuati al successivo comma 9, deputati a verificare l’appropriatezza prescrittiva nell’ambito

delle attività distrettuali.

9. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto, unitamente ai

propri collaboratori, è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 8 dal referente di AFT

componente di diritto dell’Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da altri due

referenti di AFT tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio

farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario della

Azienda.

10. L’organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei

seguenti principi:

a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15

giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni

e/o la richiesta di essere ascoltato;

60/127



b) il risultato dell’accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico

interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di

competenza e al medico interessato.

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

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

errore scusabile;

b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della

prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all’integrità della persona che non possa

essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del SSN;

c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di

altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla

immissione alla vendita, dall’emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra legittima norma.

61/127



AARTRT.. 4141 –– AASSISTENZA AI TURISTI E VISITE OCCASIONALISSISTENZA AI TURISTI E VISITE OCCASIONALI..

1. Con apposite determinazioni regionali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle

quali organizzare, nell’ambito dell'AFT, un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone

non residenti, sulla base di indirizzi definiti negli Accordi Integrativi Regionali.

2. I medici di cure primarie a ciclo di scelta prestano la propria attività anche in favore dei cittadini

che, trovandosi occasionalmente al di fuori dell’ambito territoriale di riferimento, ricorrano ad

essi. Tale attività è prestata dai medici a rapporto orario nei confronti dei cittadini di aree

distrettuali diverse da quella di riferimento. Le visite occasionali sono assicurate anche ai

soggetti rientranti nelle condizioni di particolare bisogno individuate dalla Regione con

pagamento delle stesse al medico.

3. Le prestazioni di cui ai commi precedenti sono compensate direttamente dal cittadino con le

seguenti tariffe omnicomprensive:

visita ambulatoriale: € 15,00

visita domiciliare: € 25,00

4. Al medico di cure primarie che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini

stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, in possesso del 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 propria Azienda Sanitaria

le anzidette prestazioni, annotando gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome

dell’avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.

5. Per le prestazioni di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare la ricetta del SSN

secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.

62/127



AARTRT.. 4242 –– TTRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DI CURE PRIMARIERATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE..

1. Il trattamento economico del medico di cure primarie include il compenso per l’attività a ciclo di

scelta e quello ad attività oraria.

2. La retribuzione per l’attività a ciclo di scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico

dell’Azienda, si articola in:

A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale;

B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata

all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo

sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia

cronica;

C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

D. quota del fondo di AFT, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

Le quote B, C e D potranno rappresentare fino al 30% del totale della retribuzione di cui al

presente comma e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste

quote possono essere ulteriormente integrate con gli incentivi legati al trasferimento di risorse

alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni

e modalità innovative dei livelli assistenziali di cure primarie.

A. QUOTA CAPITARIA

I) compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, pari ad Euro 40,05;

II) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età,

pari ad Euro 31,09;

III) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito di età inferiore a 14 anni, pari ad Euro

18,95;

IV) assegno individuale ad personam riconosciuto ai medici titolari di incarico a tempo

indeterminato al 23 marzo 2005 e determinato al 31 dicembre 2005 secondo la tabella di

cui all’articolo 59, lettera A, comma 2, dell' ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.;

V) quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote

capitarie, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali.

Tale fondo è integrato con gli assegni individuali di cui al precedente punto IV, resisi

disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale di singoli medici,

tenuto conto di quanto disposto dal D.L. 31 maggio 2010 n. 78 convertito, con

modificazioni, dalla L. 30 luglio 2010 n. 122 nonché dal D.L. 6 luglio 2011 n. 98

convertito, con modificazioni, dalla Legge 15 luglio 2011 n. 111;

VI) quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso pari ad Euro 13,46, per le prime 500 scelte,

riconosciuta ai medici incaricati a tempo indeterminato in data successiva al 20 marzo

2005. Tale quota non è dovuta per le scelte oltre la cinquecentesima.

B. QUOTA VARIABILE

63/127



I) quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività

finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartiti dagli Accordi

Integrativi Regionali sulla base degli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli

programmati di spesa;

II) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall’ACN 8 luglio

2010 quale incremento contrattuale, pari ad Euro 0,81 per assistito, considerate le

eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell’articolo 6 del citato Accordo. Tali risorse

sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al

finanziamento disposto ai sensi dell’articolo 6, comma 8, dell’articolo 8, comma 3 e

dell’articolo 13, comma 8 del presente Accordo;

III) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall’ACN 8 luglio

2010, pari ad Euro 0,20 per assistito, attribuita ai medici in base al numero di assistiti in

carico affetti da una o più delle patologie croniche di cui al DM 28 maggio 1999 n. 329.

C. QUOTA PER SERVIZI

I) quota per prestazioni aggiuntive di cui all’Allegato 5;

II) quota per assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all’Allegato 6;

III) quota per assistenza domiciliare integrata (ADI) di cui all’Allegato 7.

È demandata agli AAIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite

dagli Allegati 5, 6 e 7.

L’entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti II e III

della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale. I

compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata

(ADP) di cui all’Allegato 6 non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili.

Sono fatti salvi diversi Accordi regionali.

D. QUOTA DEL FONDO DI AFT

I) Alla istituzione della AFT, come previsto dall’articolo 4, comma 2, le indennità e gli

incentivi previsti dall’ACN 23 marzo 2005 e s.m.i per lo sviluppo strutturale ed

organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta costituiscono il fondo di AFT.

II) Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la

funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale

infermieristico o altro professionista sanitario, di cui all’articolo 59, lettera B dell’ACN 23

marzo 2005 e s.m.i., già erogate ai medici componenti della AFT alla data di costituzione

del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a

carico dell’Azienda.

III) Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento

economico individuale dei medici che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al

punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed

organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale

in integrazione con gli altri medici. Il trattamento economico individuale, determinato

alla data di costituzione del fondo di cui al punto II, non è modificato in relazione

all’aumento di assistiti in carico.

64/127



IV) Le risorse corrisposte in funzione del numero degli assistiti in carico sono ridotte in

relazione alla diminuzione del carico assistenziale, secondo il sistema di calcolo ai sensi

dell’ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e confluiscono nel fondo di AFT.

V) La modifica dello standard organizzativo riferito alle preesistenti forme associative, la

cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio, regolamentati sia a livello

nazionale che regionale, comportano la sospensione delle relative indennità corrisposte,

che restano a disposizione del fondo di AFT.

VI) In caso di cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti la AFT, le

eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo

di AFT. Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori

produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nella AFT. Le

indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il

finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità. Le previgenti

indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il

finanziamento dei nuovi modelli organizzativi definiti dalla Regione per qualificare

l’offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali.

VII) Gli Accordi Integrativi Regionali possono stabilire diversi criteri di destinazione delle

risorse di cui ai commi precedenti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono, altresì,

la misura delle risorse resesi disponibili da riservare in misura prioritaria alla

perequazione del trattamento economico dei medici di scelta operanti nella medesima

AFT, finalizzando la parte restante alla perequazione del trattamento economico dei

medici di altra AFT dell’Azienda.

VIII)Al termine dell’esercizio le eventuali risorse del fondo di AFT che residuano confluiscono

annualmente nei fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al

governo clinico di cui al comma 2, lettera B, punto I.

E. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

Gli Accordi regionali possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l’esercizio

di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste

complementari, quali:

I) assistenza domiciliare residenziale (ADR);

II) prestazioni assistenziali in favore di assistiti in dimissione protetta;

III) prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero

ospedaliero;

IV) possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali;

V) quota per attività in zone identificate dalla Regione come disagiatissime o disagiate a

popolazione sparsa, comprese le piccole isole;

VI) ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

3. Il compenso per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente Accordo, al netto degli oneri

previdenziali e fiscali a carico dell’Azienda, si articola in:

A. quota oraria di Euro 22,46, negoziata a livello nazionale;

65/127



B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall’ACN 8 luglio

2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale,

considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell’articolo 6, ACN 8 luglio 2010.

4. Le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello

regionale nel rispetto delle finalità previste dall’articolo 3, comma 4 del presente Accordo.

5. Tutti i compensi erogati in base agli assistiti in carico sono corrisposti nei limiti di cui all’articolo

33.

6. I compensi per l’attività oraria sono corrisposti al medico che svolge l’attività,

indipendentemente dalle modalità con cui viene assicurata la continuità assistenziale.

7. Le quote capitarie di cui al comma 2, lettera A, sono corrisposte mensilmente in dodicesimi

entro la fine del mese successivo a quello di competenza; i restanti compensi sono corrisposti

mensilmente entro il secondo mese successivo a quello di competenza.

8. Qualora l’Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato per lo

svolgimento di attività oraria, spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su

richiesta della Azienda, un rimborso forfetario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni

ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell’automezzo.

66/127



AARTRT.. 4343 –– CCONTRIBUTI PREVIDENZIALI E COPERTURE ASSICURATIVEONTRIBUTI PREVIDENZIALI E COPERTURE ASSICURATIVE..

1. La quota parte a carico dell’Azienda Sanitaria del contributo previdenziale in favore del

competente Fondo di previdenza è pari al 10,375% di tutti i compensi previsti dal presente

Accordo, ivi inclusi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali per i medici di cure

primarie per l’attività a ciclo di scelta; per l’attività prestata su base oraria la stessa percentuale

è calcolata esclusivamente sul compenso di cui all’articolo 42, comma 3.

2. L'aliquota previdenziale a carico dei medici di cure primarie è stabilita dall'ENPAM, a norma

dell’articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006 n. 296.

3. Ferma restando la quota di contributo a carico dell’Azienda, i medici di cure primarie possono

optare per l’incremento dell’aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero

percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta

all’anno entro il 31 gennaio. L’aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di

comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

4. I contributi devono essere versati all’ENPAM trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui

si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 (trenta) giorni successivi alla

scadenza del trimestre.

5. Per far fronte al pregiudizio economico derivante al medico a ciclo di scelta dall’onere della

sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e

secondo il disposto del Decreto Legislativo 151/2001, e al fine di migliorare i trattamenti

assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze

economiche di lungo periodo è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,72%

(zero virgola settantadue per cento) dei compensi di cui all’articolo 42, comma 2, lettera A,

punto I) da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Con le stesse cadenze previste per

il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al

presente comma.

6. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico a rapporto orario per eventi di malattia,

gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del Decreto Legislativo 151/2001, ed al

fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche

le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, l’Azienda versa all’ENPAM con le stesse

cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché

provveda in merito, un contributo dello 0,72% (zero virgola settantadue per cento) sul

compenso di cui all’articolo 42, comma 3, lettera A, da utilizzare per la stipula di apposite

assicurazioni.

7. L’Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i

medici che svolgono attività oraria di cure primarie contro gli infortuni subiti a causa o in

occasione dell’attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi,

qualora l’attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni

eventualmente subiti in occasione dell’accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro,

nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni

previsti dal presente Accordo.

8. Il contratto di cui al comma precedente è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:

a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;

67/127



b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno,

fatti salvi diversi Accordi regionali.

La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 12, comma 4.

68/127



CAPO II – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

AARTRT.. 4444 –– CCAMPO DI APPLICAZIONEAMPO DI APPLICAZIONE..

1. Il presente Capo disciplina i rapporti di lavoro instaurati tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i

medici della medicina dei servizi territoriali ai sensi dell’articolo 2, comma 1, lettera b) del

presente Accordo, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e

distrettuale, per l’organizzazione delle attività sanitarie territoriali a rapporto orario, per le quali

non sia richiesto il titolo di specializzazione e che non risultino regolate da altri Accordi collettivi

stipulati ai sensi dell’articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833.

2. Ai sensi dell’articolo 8, comma 1 bis, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive

modificazioni ed integrazioni, le Aziende sanitarie utilizzano ad esaurimento, i medici incaricati

a tempo indeterminato nella attività di medicina dei servizi, già disciplinate dal capo II del D.P.R.

n. 218/92, e dall’articolo 5, comma 4 dell’Allegato “N” al D.P.R. n. 484 del 1996. Per questi vale il

presente Accordo.

69/127



AARTRT.. 4545 –– MMASSIMALE ORARIOASSIMALE ORARIO,, VARIAZIONI E LIMITAZIONIVARIAZIONI E LIMITAZIONI..

1. Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un

massimo di 38 ore settimanali sulla base degli Accordi regionali.

2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dal presente Capo e di altra attività compatibile

non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.

3. L’Azienda, qualora si rendano disponibili orari di attività per cessazione degli incarichi a tempo

indeterminato, interpella i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda

medesima che non svolgano altre attività convenzionali o attività libero professionale

strutturata e, previa acquisizione della loro disponibilità, assegna l'aumento delle ore all'avente

diritto tra i medici operanti nell'ambito della stessa Azienda secondo l'ordine di anzianità di

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

l'anzianità di laurea.

4. Per mutate ed accertate esigenze di servizio, l’Azienda può dar luogo a riduzione di orario

dell'incarico o modifica della sede di attività del medico, dandone comunicazione all'interessato

mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di un mese. La riduzione dell'orario si applica

al medico con minore anzianità di incarico nell'ambito del medesimo servizio.

5. I provvedimenti con i quali si riducono gli orari o comunque si introducono modificazioni nei

rapporti disciplinati dal presente Accordo sono comunicati entro 10 (dieci) giorni al comitato di

cui all’articolo 16.

6. Eventuali nuovi aumenti di orario interessanti servizi già oggetto di precedenti riduzioni orarie,

sono attribuiti al medico al quale era stata applicata la decurtazione di orario, ove possibile, o,

comunque, al medico incaricato a tempo indeterminato con orario di incarico più basso.

7. Nel caso di non agibilità temporanea della struttura di assegnazione, l'Azienda assicura l’impiego

temporaneo del medico in altra struttura idonea, senza danno economico per l'interessato.

70/127



AARTRT.. 4646 –– CCOMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALIOMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI..

1. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato:

a) si attiene alle disposizioni contenute nel presente Accordo e a quelle che l’Azienda emana

per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali;

b) osserva l'orario di attività indicato nella lettera di incarico a tempo indeterminato e le

Aziende provvedono al controllo con gli stessi metodi adottati per il personale dipendente.

2. Tenuto conto di eventuali determinazioni finalizzate alla flessibilità e al recupero dell’orario

definite a livello regionale e/o aziendale, a seguito dell’inosservanza dell'orario sono effettuate

trattenute mensili, sulle competenze del medico inadempiente, per le ore di lavoro non

effettuate.

3. L'inosservanza ripetuta dell'orario ed il mancato rispetto dei compiti previsti dal presente Capo

sono contestate al medico secondo la procedura di cui all’articolo 22 del presente Accordo.

4. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall’Azienda, ivi comprese le eventuali

variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività.

5. Sono inoltre doveri e compiti del medico:

a) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario

Nazionale;

b) la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell’Azienda per la realizzazione dei

compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale.

6. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti assistenziali secondo

quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali.

7. Le Aziende sanitarie possono affidare, sulla base di Accordi regionali ed esigenze organizzative,

incarichi per specifiche responsabilità ai medici di cui al presente Capo.

71/127



AARTRT.. 4747 –– TTRASFERIMENTIRASFERIMENTI –– DDISPONIBILITÀISPONIBILITÀ..

1. Il trasferimento dei medici, tra Aziende della stessa Regione, può avvenire a domanda del

medico previo nulla-osta dei Direttori Generali delle Aziende di provenienza e di destinazione.

2. Il medico accetta le condizioni e la sede dell’Azienda di destinazione. L’Azienda di provenienza,

con la cessazione dell’incarico convenzionale, non procede ai sensi del presente Accordo al

conferimento di nuovo incarico. Nel caso di più medici interessati, gli stessi sono graduati in

base all'anzianità di incarico, alla minore età, al voto di laurea e all’anzianità di laurea.

3. Il medico trasferito conserva l'anzianità maturata nel servizio di provenienza senza soluzione di

continuità.

4. Gli Accordi regionali disciplinano la disponibilità del medico di medicina dei servizi territoriali,

previo suo consenso, presso strutture o Enti del Servizio sanitario nazionale o regionale.

72/127



AARTRT.. 4848 –– SSOSTITUZIONIOSTITUZIONI..

1. L'Azienda può provvedere alla sostituzione dei medici assenti secondo l’ordine della graduatoria

aziendale di disponibilità, di cui all’articolo 17, comma 7, o, in mancanza, di quella regionale

vigente, di cui al presente Accordo, con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda.

2. La sostituzione cessa al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo

indeterminato.

3. Al medico sostituto spetta il trattamento economico di cui all’articolo 52, comma 1, lettera A,

punto I e lettera B.

73/127



AARTRT.. 4949 –– PPERMESSO ANNUALE RETRIBUITOERMESSO ANNUALE RETRIBUITO..

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato spetta

un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di 30 (trenta) giorni non festivi, purché

l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore pari a cinque volte l'orario di incarico

settimanale.

2. A richiesta dell’interessato, il permesso, autorizzato dall’Azienda, è fruito in uno o più periodi,

con un preavviso di 30 (trenta) giorni. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso

esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio.

3. Il periodo di permesso è fruito almeno allo 80% a giornata intera e per la parte rimanente può

essere frazionato in ore; è utilizzato durante l’anno solare al quale si riferisce e comunque non

oltre il primo semestre dell’anno successivo.

4. Ai fini del computo del permesso retribuito sono considerate attività di servizio il congedo

matrimoniale di cui al successivo comma 6 ed i periodi retribuiti di assenza per malattia e

gravidanza di cui all’articolo 50. Non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non

retribuiti.

5. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito

quanti sono i mesi di servizio prestati.

6. Al medico titolare di incarico a tempo indeterminato spetta un congedo matrimoniale retribuito

non frazionabile di quindici giorni non festivi, purché l’assenza dal servizio non sia superiore ad

un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non

anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.

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

servizio.

74/127



AARTRT.. 5050 –– AASSENZE PER MALATTIA E GRAVIDANZASSENZE PER MALATTIA E GRAVIDANZA..

1. Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio,

anche non continuativamente nell’arco di trenta mesi, che gli impediscano qualsiasi attività

lavorativa, l’Azienda corrisponde l’intero trattamento economico, goduto in attività di servizio,

per i primi sei mesi e al 50% per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici

mesi, senza retribuzione.

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

denunciati, secondo le modalità e le procedure previste dalla Legge 111/2011.

3. Al medico incaricato a tempo indeterminato in caso di gravidanza o puerperio, l’Azienda

mantiene l’incarico per sei mesi continuativi e corrisponde l’intero trattamento economico

goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

75/127



AARTRT.. 5151 –– AASSENZE NON RETRIBUITESSENZE NON RETRIBUITE..

1. Il medico è sospeso dall’incarico, con conservazione dello stesso, con le modalità e per i

motivi di cui all’articolo 19 del presente Accordo.

2. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve dare all’Azienda un preavviso di almeno

15 (quindici) giorni per l’ottenimento del relativo permesso.

3. In caso di svolgimento degli incarichi, ai sensi del presente Capo, in più posti di lavoro o in

più Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.

4. Nessun compenso è dovuto al medico per i periodi di assenza di cui al presente articolo, i

quali non sono conteggiati a nessun fine come anzianità di incarico.

76/127



AARTRT.. 5252 –– TTRATTAMENTO ECONOMICORATTAMENTO ECONOMICO –– CCONTRIBUTI PREVIDENZIALIONTRIBUTI PREVIDENZIALI..

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto il trattamento economico già previsto

ai sensi dell’ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., senza alcun ulteriore onere a carico della finanza

pubblica. Il trattamento economico è così articolato:

A. compenso professionale già previsto dall’articolo 14, Allegato N al D.P.R. n. 270/2000:

I) compenso orario pari ad Euro 13,20 (tredici/20) per ogni ora di attività. Tale compenso

è comprensivo degli incrementi previsti dall’ACN 23 marzo 2005;

II) incrementi di anzianità di cui all'articolo 20, comma 1, lettera a) e lettera c), D.P.R. n.

218/1992, calcolati alla data del 29 febbraio 1996, compreso il maturato economico alla

stessa data con gli incrementi percentuali del 2,3% per l'anno 1999 e del 1,4% per l'anno

2000 mantenuti dai singoli interessati;

III) per l’attività svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle ore 6, il

compenso orario predetto è maggiorato nella misura del 30%. Per l'attività svolta nelle

ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 50%;

IV) compenso aggiuntivo determinato con i criteri di cui all'articolo 20, comma 1, lettera b)

(b2 e b3), del D.P.R. n. 218/1992 (quote mensili di carovita), nella misura corrisposta al

31 dicembre 1997, incrementata del 2,3% dal 1° gennaio 1999 e del 1,4% dal 1° gennaio

2000;

V) indennità di piena disponibilità ai medici che svolgono esclusivamente attività ai sensi

del presente Accordo, salvo la libera professione di cui all'articolo 25, per ogni ora

risultante dalla lettera di incarico, Euro 0,61;

VI) indennità chilometrica. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta, qualora si

avvalgano del proprio automezzo per spostamenti dovuti allo svolgimento di attività al

di fuori dei presidi della Azienda, un rimborso pari ad 1/5 del prezzo della benzina per

ogni chilometro percorso, nonché adeguata assicurazione dell'automezzo;

VII) per visite fiscali a carico del datore di lavoro richiedente, al medico che effettua la visita

spettano per gli spostamenti i corrispettivi indicati dal Ministero del lavoro da porsi a

carico del datore di lavoro e ricevuti dalla Azienda, sempre che il mezzo di trasporto sia

stato fornito dal medico stesso;

VIII)per lo svolgimento dei compiti previsti dall'articolo 46, comma 5 è corrisposto un

compenso per ogni ora incarico pari ad Euro 1,15 non valutabile ai fini della

determinazione del premio di operosità;

B. incremento del compenso orario di cui al comma 1, lettera A, punto I) pari ad Euro 0,99 da 1°

gennaio 2008 ed Euro 0,43 dal 1° gennaio 2010;

C. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall’ACN 8 luglio

2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale,

considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell’articolo 6, ACN 8 luglio 2010.

2. I compensi di cui al comma 1 sono corrisposti entro la fine del mese successivo a quello di

competenza. Ai soli fini della correntezza del pagamento si applicano le disposizioni previste per

il personale dipendente dalle Aziende.

77/127



3. Al medico della medicina dei servizi che partecipa ai progetti obiettivo, ai programmi e alle

attività stabilite dagli Accordi regionali spettano quote variabili secondo quanto determinato

dagli Accordi stessi.

4. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali,

l’Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l’individuazione dell’entità delle

somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del

competente fondo di previdenza di cui al Decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza

Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, con quota parte a carico dell'Azienda pari al

14,16%. L’aliquota previdenziale a carico del medico è stabilita dall'ENPAM, a norma

dell’articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006 n. 296.

78/127



AARTRT.. 5353 –– RRIMBORSO SPESE DI ACCESSOIMBORSO SPESE DI ACCESSO..

1. Per incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi

nella stessa provincia, al medico viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese per

chilometro in misura uguale a quella prevista per il personale dipendente.

2. Il rimborso non compete nell’ipotesi che il medico abbia un recapito professionale nel Comune

sede di presidio presso il quale svolge l’incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il

rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell’intervenuta soppressione

all’Azienda.

3. La misura del rimborso spese è proporzionalmente ridotta nel caso in cui l’interessato

trasferisca la residenza in Comune più vicino a quello sede del presidio. Rimane invece invariata

qualora il medico trasferisca la propria residenza in Comune sito a uguale o maggiore distanza

da quello sede del posto di lavoro.

79/127



AARTRT.. 5454 –– PPREMIO DI COLLABORAZIONEREMIO DI COLLABORAZIONE..

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari

a un dodicesimo del compenso orario di cui all’articolo 52, comma 1, lettera A, punti I), II), IV) e

V).

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

3. Al medico che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio viene calcolato e liquidato

all’atto della cessazione del servizio.

4. Il premio di collaborazione non compete al medico nei cui confronti sia stato adottato il

provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi

disciplinari.

80/127



AARTRT.. 5555 –– PPREMIO DI OPEROSITÀREMIO DI OPEROSITÀ..

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione del rapporto convenzionale un

premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato; a tal fine

non sono computati tutti i periodi di assenza dal servizio non retribuiti ai sensi del presente

Capo.

2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio

svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non

calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.

3. Il premio di operosità è calcolato sul compenso professionale di cui all’articolo 52, comma 1,

lettera A, punti I), II) e V) e sul premio di collaborazione di cui all’articolo 54, nonché in base ai

criteri previsti dall’allegato E annesso al D.P.R. n. 884/84 che qui si intendono integralmente

richiamati.

4. Ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore

a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

81/127



AARTRT.. 5656 –– AASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALLSSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL’’INCARICOINCARICO..

1. L’Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad

assicurare i medici che svolgono il servizio di medicina dei servizi contro i danni da

responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa od in occasione

dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Capo, ivi compresi, ove l’attività sia

prestata in un Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in

occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per

raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal presente

Accordo.

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

a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;

b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l’anno.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 12, comma 4.

82/127



CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

AARTRT.. 5757 –– CCAMPO DI APPLICAZIONE ED ATTIVITÀAMPO DI APPLICAZIONE ED ATTIVITÀ..

1. L’organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della

programmazione regionale, in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e con l’Atto

d’intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria

pubblicato nella G.U. del 17.5.96.

2. Il personale medico convenzionato per l’espletamento del servizio è incaricato sulla base della

graduatoria regionale di cui all’articolo 17 del presente Accordo.

3. Gli Accordi regionali definiscono le modalità organizzative del Servizio di Emergenza sanitaria

convenzionata di cui al presente Accordo, sulla base di quanto definito dai successivi articoli del

presente Capo.

4. L’attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell’arco delle 24 ore per

interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella

Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, a

integrazione, nelle attività dei D.E.A./PS e aree afferenti con le collaborazioni di cui al comma 2,

dell’articolo 60.

5. Il medico incaricato di emergenza sanitaria opera di norma nelle sottoelencate sedi di lavoro:

a) centrali operative;

b) postazioni fisse o mobili, di soccorso avanzato e punti di primo intervento;

c) PS/D.E.A.

6. Il medico incaricato svolge la propria attività nel contesto del sistema di emergenza, organizzato

secondo la normativa nazionale in vigore in materia di emergenza sanitaria.

7. Le Regioni definiscono i canali informativi, le procedure e le modalità dell’aggiornamento

continuo del medico dell’emergenza, in materia di protocolli ed indirizzi nazionali e regionali del

sistema di emergenza.

83/127



AARTRT.. 5858 –– AASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHISSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI..

1. L’Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli

organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi

vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura.

2. Individuata la vacanza di incarico, l’Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure

di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

3. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino

Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza

primaria, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, come individuati al precedente

comma 1.

4. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla data di pubblicazione di cui al comma 3,

presentano alla Regione o al soggetto da essa individuato apposita domanda di assegnazione,

con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti

pubblicati.

5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso

dell’attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell’apposito corso di formazione previsto

ai sensi dell’articolo 61 del presente Accordo.

6. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale

nelle Aziende della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o nelle Aziende di altre

Regioni, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno

due anni dell’incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla

concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali

ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di

disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

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

7. L’anzianità di servizio a valere per l’assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente

comma 6, lettera a) è determinata dall’anzianità di incarico a tempo indeterminato, detratti i

periodi di eventuale sospensione dall’incarico.

8. I medici di cui al comma 6, lettera b) sono graduati secondo il punteggio riportato nella

graduatoria regionale vigente.

9. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 6, lettere a) e lettera b) sono graduati

nell’ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

10. Le graduatorie per l’assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative

posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli

incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

11. La Regione o il soggetto da essa individuato interpella prioritariamente i medici di cui al comma

6, lettera a) in base alla anzianità di servizio; laddove risulti necessario, interpella

successivamente i medici di cui alla lettera b) dello stesso comma.

84/127



12. La Regione o il soggetto da essa individuato provvede, secondo modalità dalla stessa definite,

alla convocazione di tutti i medici aventi titolo all’assegnazione degli incarichi per una data non

antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

13. La mancata presentazione costituisce rinuncia all’incarico. Il medico oggettivamente

impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, la propria

disponibilità all’accettazione, con l’indicazione dell’ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per

i quali ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli vacanti.

14. Il medico che accetta per trasferimento decade dall’incarico di provenienza. La rinuncia o

decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell’incarico di provenienza.

15. Il medico che accetta l'incarico ai sensi del comma 6, lettera b) non può concorrere

all’assegnazione di ulteriori incarichi di emergenza sanitaria territoriale in base alla medesima

graduatoria.

16. All’atto dell’assegnazione dell’incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di

atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono

essere risolte secondo quanto previsto dall’articolo 18, comma 4.

17. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l’assegnazione degli incarichi,

invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico

proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l’avvenuta accettazione

dell’incarico ai fini di quanto previsto al comma 14.

18. L’Azienda conferisce definitivamente l’incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del

Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di

ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti

giuridici ed economici.

19. Nell’ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.

85/127



AARTRT.. 5959 –– MMASSIMALE ORARIOASSIMALE 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’attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. Un ulteriore turno di servizio non

può essere iniziato prima che siano trascorse 12 ore dalla fine del turno precedente.

3. Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell’attività, qualora il servizio

debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l’attività continuativa può superare le 12 ore,

ma mai comunque le 15 ore.

4. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale devono essere disposti

sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni,

notturni e festivi.

5. Nell’ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate le modalità organizzative e di

collaborazione dei medici del 118 presso le strutture aziendali dell’Emergenza-Urgenza, nelle

quali essi operano.

86/127



AARTRT.. 6060 –– CCOMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALEOMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE..

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti, retribuiti con la quota fissa oraria:

a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo

attrezzato secondo la vigente normativa;

b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR (Nucleare

Biologico Chimico Radiologico) previo svolgimento di apposito corso di formazione

predisposto a livello regionale o aziendale;

c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate;

d) attività presso centrali operative anche nell’ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

2. I medici incaricati possono inoltre, sulla base di appositi Accordi regionali ed aziendali:

a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell’incarico, nelle

attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende e nelle strutture di Pronto

Soccorso dei presidi ospedalieri dell’Azienda facenti parte dei dipartimenti di emergenza e

urgenza;

b) essere utilizzati presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni

sportive, fieristiche e culturali ecc.;

c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed

esterno al servizio;

d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala

rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati.

3. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti

anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e

aggiornamento del personale sanitario.

4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono essere

attribuiti compiti di formazione e aggiornamento del personale medico, sulla base di apposite

determinazioni assunte nell’ambito degli Accordi regionali.

5. Sulla base di apposita programmazione regionale e aziendale i medici dell’emergenza possono

partecipare, secondo Accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione

sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.

6. Il medico in turno di servizio deve essere presente fino all’arrivo del medico addetto al turno

successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico

addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all’eccedenza di orario svolto.

Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.

7. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed

a completare l’intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio

medesimo. L’eccedenza di orario derivante dall’intervento di cui sopra è retribuita secondo

quanto disposto dall’articolo 63.

87/127



AARTRT.. 6161 –– IIDONEITÀ ALLDONEITÀ ALL’’ESERCIZIO DELLESERCIZIO DELL’’ATTIVITÀ DI EMERGENZAATTIVITÀ DI EMERGENZA..

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall’articolo 60 i medici devono essere in possesso di

apposito attestato di idoneità all’esercizio dell’attività di emergenza sanitaria territoriale,

rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi. Le linee guida per i

corsi sono riportate nell’Allegato 8.

2. Le Regioni formulano, sulla base della normativa vigente, il programma di un apposito corso di

formazione della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da

svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico secondo le norme vigenti.

3. Le Aziende, di norma, quantificano entro il 30 giugno di ogni anno il proprio fabbisogno di

personale medico da utilizzare, nell'anno successivo, per le esigenze complessive (incarichi,

sostituzioni e reperibilità) dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro

il 31 dicembre uno o più corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicazione sul

Bollettino Ufficiale Regionale.

4. Nell’ambito degli Accordi regionali sono definiti i criteri di accesso e modalità di partecipazione

al corso.

5. Il corso si conclude con un giudizio di idoneità, o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte

della Azienda di un attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria

territoriale valido presso tutte le Aziende Sanitarie.

88/127



AARTRT.. 6262 –– SSOSTITUZIONIOSTITUZIONI,, INCARICHIINCARICHI AA TEMPOTEMPO DETERMINATODETERMINATO EE PROVVISORIPROVVISORI ––

RREPERIBILITÀEPERIBILITÀ..

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al

responsabile del competente Servizio dell’Azienda per la necessaria sostituzione.

2. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente

commissione sanitaria dell’Azienda, già individuata per il personale dipendente, lo stato di

inidoneità all’attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo

inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza e nei

DEA/PS.

3. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni

previste dall’articolo 19 deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda.

4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo

indeterminato, stabilite dall’articolo 58, l’Azienda può conferire incarichi provvisori per 38 ore

settimanali, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 7. L’incarico provvisorio non può

essere superiore a dodici mesi e cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell’incarico a

tempo indeterminato. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali

in relazione a obiettive difficoltà di organizzazione del Servizio, al fine di salvaguardare il livello

qualitativo dell’emergenza sanitaria territoriale.

5. Alla scadenza dell’incarico di cui al comma 4, un ulteriore incarico potrà essere conferito

dall’Azienda ad un altro medico e secondo l’ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di

cui all’articolo 17, comma 7 o, in mancanza, di quella regionale vigente di cui al presente

Accordo. Esaurita la graduatoria, l’incarico potrà essere attribuito al medico precedentemente

incaricato.

6. Per esigenze relative a importanti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze

sperimentali, le Aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo

incarichi a tempo determinato della durata massima di mesi sei, a medici inseriti nella

graduatoria aziendale di disponibilità di cui all’articolo 17, comma 7 o, in mancanza, nella

graduatoria regionale vigente.

7. Gli incarichi provvisori e a tempo determinato conferiti dall’Azienda ai sensi dei precedenti

commi 4 e 6, vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella graduatoria aziendale di

disponibilità di cui all’articolo 17, comma 7 o, in mancanza, nella graduatoria regionale vigente,

purché in possesso dell’attestato di cui all’articolo 61, e secondo l'ordine delle stesse,

interpellando prioritariamente i medici residenti nell’ambito dell’Azienda stessa.

8. Alla sostituzione del medico sospeso per effetto di provvedimento di cui all’articolo 22, comma

3, lettera c) provvede la Azienda con le modalità di cui al precedente comma 7.

9. Al medico che effettua sostituzione ai sensi del comma 3, al medico con incarico provvisorio di

cui al comma 4 e al medico con incarico temporaneo di cui al comma 6 spetta il compenso

indicato all’articolo 63, comma 1, lettera A.

10. Considerate le peculiarità del Servizio di Emergenza Territoriale, le professionalità necessarie e

la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise,

l’Azienda organizza, i turni di reperibilità dei medici incaricati nel servizio di emergenza

sanitaria territoriale.

89/127



11. L’Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria

territoriale, turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise

dei medici incaricati del turno di lavoro. I turni mensili di reperibilità eccedenti il numero di 4

vengono retribuiti mediante Accordi regionali.

12. Ulteriori reperibilità, comprese quelle per le maxiemergenze, possono essere attivate in

relazione a specifiche necessità determinatesi nell’ambito del Servizio.

13. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può essere inferiore al

rapporto di 1 reperibile per 6 medici in guardia attiva nel turno corrispondente. Sono fatti salvi

eventuali differenti Accordi regionali già in essere all’atto dell’entrata in vigore del presente

Accordo.

14. L’Azienda Sanitaria fornisce alla Centrale Operativa copia dell'elenco dei medici reperibili, con il

relativo indirizzo, recapito telefonico e turni ad essi assegnati.

90/127



AARTRT.. 6363 –– TTRATTAMENTO ECONOMICORATTAMENTO ECONOMICO –– RRIPOSO ANNUALEIPOSO ANNUALE..

1. Il trattamento economico del medico di emergenza sanitaria territoriale è costituito da:

A. compenso orario, pari ad Euro 22,46 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente

Capo;

B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall’ACN 8 luglio

2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale,

considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell’articolo 6, ACN 8 luglio 2010.

2. Gli Accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all’articolo 60, commi 2,

3, 4 e 5, nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da

corrispondere ai medici che partecipano alle relative attività.

3. Fatti salvi gli Accordi regionali in essere alla data di entrata in vigore dell’ACN 23 marzo 2005, al

medico addetto all’emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di

astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi esclusi i festivi, da fruirsi

per 11 giorni a scelta da parte del medico e per i restanti 10 su indicazione dell’Azienda sulla

base delle esigenze di servizio, purché l’assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore

lavorative pari a tre volte l’impegno orario settimanale. Qualora sussistano eccezionalmente

incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale. Il

periodo di riposo annuale è commisurato alla durata dell’incarico.

4. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, attribuite temporaneamente dall’Azienda

e a garanzia della copertura del servizio, sono retribuite aggiuntivamente secondo le

determinazioni previste dagli Accordi regionali.

91/127



AARTRT.. 6464 –– CCONTRIBUTIONTRIBUTI PREVIDENZIALIPREVIDENZIALI EE ASSICURAZIONE CONTROASSICURAZIONE CONTRO II RISCHI DERIVANTIRISCHI DERIVANTI

DALLDALL’’INCARICOINCARICO..

1. Sul compenso di cui all’articolo 63, comma 1 l’Azienda versa trimestralmente e con modalità che

assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un

contributo previdenziale con quota parte a carico dell'Azienda pari al 10,375%, a favore del

competente fondo di previdenza di cui al Decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza

Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni. L'aliquota previdenziale a carico del medico

è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006 n. 296.

2. Ferma restando la quota di contributo a carico dell’Azienda, i medici di cui al presente Capo

possono optare per l’incremento dell’aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero

percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta

all’anno entro il 31 gennaio. L’aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di

comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

3. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico per malattia, gravidanza, puerperio,

anche in relazione al disposto del D.Lgs. n. 151/2001 ed al fine di migliorare i trattamenti

assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze

economiche di lungo periodo, l’Azienda versa all’ENPAM, con le stesse cadenze previste per il

versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un

contributo dello 0,72% (zero virgola settantadue per cento) sull’ammontare dell’onorario

professionale di cui all’articolo 63, comma 1, lettera A da utilizzare per la stipula di apposite

assicurazioni.

4. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del

precedente comma 3 costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla

contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

5. L’Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i

medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a

causa o in occasione dell’attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi

compresi, qualora l’attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni

eventualmente subiti in occasione dell’accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro,

nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni

previsti dal presente Accordo.

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

a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;

b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno,

fatti salvi diversi Accordi regionali.

7. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 12, comma 4.

8. L’Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti, cagionati da terzi, nel corso

della propria attività professionale di istituto.

9. Gli Accordi regionali disciplinano la copertura assicurativa RCT del medico di emergenza

sanitaria territoriale, da parte delle Aziende. L’eventuale estensione della copertura assicurativa

per colpa grave è a carico del medico.

92/127



CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

AARTRT.. 6565 –– CCAMPO DI APPLICAZIONEAMPO DI APPLICAZIONE..

1. Il D.Lgs. 22 giugno 1999 n. 230 come modificato ed integrato dal D.Lgs. 22 dicembre 2000 n. 433,

ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria ed assegnato al Servizio Sanitario

Nazionale il compito di assicurare alle persone detenute o internate livelli di prestazioni di

prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di

libertà, sulla base degli obiettivi generali, di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati

a livello nel piano sanitario nazionale e regionale.

2. Il presente Capo regolamenta l’attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il

SSN operanti all’interno degli Istituti penitenziari, a seguito del trasferimento delle funzioni

sanitarie e dei rapporti di lavoro al Servizio Sanitario Nazionale disposto dall’articolo 2, comma

283 della L. 24 dicembre 2007 n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.

3. I successivi articoli disciplinano il rapporto di convenzionamento istaurato tra le Aziende

Sanitarie ed i medici incaricati del servizio di integrazione dell’assistenza sanitaria (ex SIAS di

cui all’articolo 51 della L. 9 ottobre 1970 n. 740), per l’espletamento delle attività afferenti alla

medicina generale.

4. Dalla data di entrata in vigore del presente Accordo tali medici assumono la denominazione di

medici di assistenza penitenziaria.

5. In ragione della specificità dell’assistenza penitenziaria, i medici impiegati nel suddetto modello

organizzativo vengono assimilati ai medici delle cure primarie ad attività oraria pur non

rientrando nel ruolo unico delle cure primarie.

93/127



AARTRT.. 6666 –– MMEDICI OPERANTI NEGLIEDICI OPERANTI NEGLI IISTITUTI PENITENZIARISTITUTI PENITENZIARI..

1. I medici incaricati presso gli Istituti penitenziari prestano attività assistenziale a tutta la

popolazione detenuta e garantiscono le attività di prevenzione, promozione della salute,

diagnosi e terapia previste dai Livelli Essenziali di Assistenza nazionali e ricomprese nella

programmazione regionale, espletando, in particolare, i seguenti compiti :

erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura;

continuità dell'assistenza h24;

valutazione medica dei nuovi ingressi;

prescrizione degli accertamenti necessari, delle consulenze specialistiche e delle specifiche

certificazioni richieste;

compilazione della cartella clinica individuale.

2. I medici che operano negli Istituti penitenziari svolgono la propria attività nel rispetto di tutte le

norme deontologiche, civili e penali che regolano l’esercizio professionale nel Sistema Sanitario

Nazionale e sono tenuti altresì al rispetto dei regolamenti penitenziari, così come sancito dal

D.Lgs. 22 giugno 1999 n. 230;

3. L'attività assistenziale deve essere assicurata secondo il modello organizzativo definito

dall’Azienda perseguendo gli obiettivi indicati dall’Azienda Sanitaria in relazione alle esigenze

del singolo Istituto penitenziario.

4. Il medico in turno di servizio deve essere presente fino all’arrivo del medico addetto al turno

successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico

addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all’eccedenza di orario svolto.

Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.

94/127



AARTRT.. 6767 –– AATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHITTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI..

1. Le Aziende valutano il fabbisogno di medici e verificano la possibilità di assegnare ore

disponibili ai medici titolari già in servizio, per realizzare il completamento orario, prima di

procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti sul Bollettino Ufficiale. In caso di

pubblicazione deve essere indicato un incarico di almeno 24 ore settimanali.

2. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla data di pubblicazione di cui al comma 1,

presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti

pubblicati.

3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un

anno. 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.

4. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 3, lettera a) sono graduati nell’ordine di

minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

5. I medici di cui al comma 3, lettera b), sono graduati secondo il punteggio riportato nella

graduatoria regionale vigente.

6. L’Azienda interpella prioritariamente i medici di cui al comma 3, lettera a) in base all'anzianità

totale di servizio effettivo di assistenza penitenziaria; laddove risulti necessario, interpella

successivamente i medici di cui alla lettera b) dello stesso comma.

7. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.

8. L’Azienda provvede alla convocazione, secondo modalità dalla stessa definite, di tutti i medici

aventi titolo alla assegnazione degli incarichi per una data non antecedente i 15 giorni dalla data

di invio della convocazione.

9. All’atto dell’assegnazione dell’incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di

atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono

essere risolte secondo quanto previsto all’articolo dall’articolo 18, comma 4.

10. L’Azienda conferisce definitivamente l’incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del

Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di

ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti

giuridici ed economici.

95/127



AARTRT.. 6868 –– MMASSIMALE ORARIOASSIMALE ORARIO..

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti presso una sola Azienda per 24 ore

settimanali fino ad un massimo di 38 e comportano, in caso di orario a tempo pieno, l’esclusività

del rapporto.

2. Il medico deve osservare l'orario di attività indicato nell'atto di conferimento dell'incarico.

L'inosservanza dell'orario di servizio comporta trattenute sulle competenze mensili del medico;

in caso di reiterazione, l'inosservanza costituisce infrazione contestabile, da parte dell'Azienda,

secondo le procedure di cui all’articolo 22.

3. L’attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. I turni di servizio dei medici

incaricati devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva dei turni

diurni, notturni e festivi.

96/127



AARTRT.. 6969 –– SSOSTITUZIONIOSTITUZIONI,, INCARICHI PROVVISORIINCARICHI PROVVISORI..

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al

responsabile del competente Servizio aziendale per la necessaria sostituzione.

2. Le Aziende, in attesa del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di cui all’articolo

67, possono conferire incarichi provvisori, secondo l’ordine della graduatoria aziendale di

disponibilità di cui all’articolo 17, comma 7 o, in mancanza, di quella regionale di cui al presente

Accordo, per un periodo non superiore a dodici mesi. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza

o a seguito del conferimento dell’incarico a tempo indeterminato.

3. Per sopravvenute esigenze di servizio o di altro genere, le Aziende possono conferire incarichi

temporanei della durata massima di sei mesi, secondo l’ordine della graduatoria aziendale di

disponibilità di cui all'articolo 17, comma 7 o, in mancanza, di quella regionale di cui al presente

Accordo.

4. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio, per effetto di provvedimento di cui all’articolo

22, comma 3, e per le condizioni previste dall’articolo 19, provvede la Azienda con le modalità di

cui ai precedente commi.

97/127



AARTRT.. 7070 –– TTRATTAMENTO ECONOMICORATTAMENTO ECONOMICO..

1. Per l'attività svolta ai sensi del presente Capo è corrisposto un compenso orario pari ad Euro

22,46, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell’Azienda. Tale quota oraria è

negoziata a livello nazionale.

2. Gli Accordi regionali regolamentano le attività di cui al presente capo, in relazione alla

complessità della struttura penitenziaria e ad eventuali ulteriori compiti, nell’ambito delle

risorse regionali disponibili e senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

3. Per i contributi previdenziali e l’assicurazione contro i rischi derivanti dall’incarico si applicano

le disposizioni previste per il medico di cure primarie ad attività oraria di cui all’articolo 43 del

presente Accordo.

98/127



NORME FINALI

**Norma finale n. 1**

In deroga all'articolo 18, comma 1, lettera a), ai medici incaricati di medicina penitenziaria con

rapporti instaurati ai sensi della Legge 9 ottobre 1970 n. 740; ai medici di Polizia ed ai medici

militari in SPE di cui all'articolo 6-bis del D.L. 24 aprile 1997 n. 198 convertito con modifiche

nella Legge 20 giugno 1997 n. 174 è consentito il mantenimento o l'acquisizione di un incarico ai

sensi del presente Accordo, nel rispetto dell'orario massimo settimanale, con possibilità di

svolgere attività di medico di cure primarie a ciclo di scelte fino ad un massimo di 400 assistiti.

**Norma finale n. 2**

Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all’articolo 17, non in possesso

dell’attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo

la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria,

è consentito partecipare all’assegnazione degli incarichi vacanti di medico di cure primarie

nell’ambito della riserva di assegnazione prevista dall’articolo 29, comma 12, lettera a) con

l’attribuzione del relativo punteggio, previa presentazione, unitamente alla relativa domanda di

assegnazione dell’incarico, del titolo di formazione specifica, con l’attribuzione del relativo

punteggio.

**Norma finale n. 3**

Tra i compiti affidati dal presente Accordo ai medici di cure primarie e di emergenza sanitaria

territoriale non rientrano le funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria.

**Norma finale n. 4**

1. La formazione dei Collaboratori di studio è riconosciuta essere una priorità ad alto valore

aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale ed un investimento strategico

per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale

nei confronti dei cittadini.

2. Nell’ambito degli Accordi regionali possono essere previste iniziative volte a realizzare l’attività

di cui al comma 1, anche mediante definizione di linee guida contenutistiche di livello nazionale

o regionale volte a realizzare una formazione specifica del personale di studio tale da rendere gli

addetti sempre più qualificati e funzionali allo sviluppo delle attività dei medici di famiglia nel

Servizio Sanitario Nazionale.

**Norma finale n. 5**

Nel rispetto della programmazione regionale, le Aziende possono confermare o rinnovare i

rapporti con i medici incaricati di attività territoriali programmate di cui al Capo IV del D.P.R.

270/2000, tenuto conto delle disposizioni in materia di compatibilità di cui al presente Accordo.

99/127



NORME TRANSITORIE

**Norma transitoria n. 1**

I medici titolari di incarico a tempo indeterminato di medicina dei servizi territoriali, che al

momento dell’entrata in vigore del presente ACN abbiano un concomitante incarico di medico di

cure primarie (a ciclo di scelta o ad attività oraria), in caso di superamento dell'orario

complessivo settimanale di 38 ore, devono optare per uno dei due incarichi entro 6 mesi dalla

data della comunicazione da parte dell'Azienda.

**Norma transitoria n. 2**

I medici già titolari di incarico convenzionale presso gli istituti penitenziari (ex SIAS) che al

momento dell’entrata in vigore del presente ACN abbiano un concomitante incarico ai sensi del

presente ACN di medicina generale, (medico di cure primarie a ciclo di scelta o ad attività oraria;

medico della medicina dei servizi territoriali) in caso di raggiungimento dell'orario complessivo

settimanale di 38 ore, devono optare per uno dei due incarichi entro 6 mesi dalla data della

comunicazione da parte dell'Azienda.

**Norma transitoria n. 3**

Fino all'entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali, per l’applicazione del rapporto

ottimale, relativamente ai medici di cure primarie a ciclo di scelta e ad attività oraria, si fa

riferimento ai parametri indicati agli articoli 33 e 64 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

**Norma transitoria n. 4**

Fino all'entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali, per l'assegnazione degli incarichi a

tempo indeterminato di medico di cure primarie a ciclo di scelta o ad attività oraria si applicano

rispettivamente gli articoli 34 e 63 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

**Norma transitoria n. 5**

I procedimenti disciplinari, per i quali il Collegio arbitrale di cui all’articolo 30 dell’ACN 23

marzo 2005 e s.m.i. alla data di entrata in vigore del presente Accordo abbia già provveduto alla

audizione previa convocazione per la discussione del caso, continuano ad essere regolamentati

dalle previgenti clausole contrattuali fino al provvedimento finale.

**Norma transitoria n. 6**

Fino alla individuazione del referente di AFT il soggetto competente ai sensi dell’articolo 22,

comma 5, lettera a) è il componente dell’UPD in rapporto di convenzionamento di cui all’articolo

22, comma 5, lettera b) del presente Accordo.

**Norma transitoria n. 7**

Fino alla costituzione del fondo di AFT ai medici aventi diritto continuano ad essere riconosciuti

i compensi e le indennità di cui all’articolo 42, comma 2, lettera D, punto II nella misura e

secondo i criteri di cui all’articolo 59, lettera B dell’ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

**Norma transitoria n. 8**

La valutazione secondo i punteggi previsti dall’Allegato 1 è applicata alla graduatoria

predisposta in base alle domande presentate successivamente all’entrata in vigore del presente

Accordo.

100/127



**Norma transitoria n. 9**

I medici, già titolari di concomitante incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale

alla data di entrata in vigore del presente Accordo, conservano i predetti incarichi anche in

deroga al massimale di cui all’articolo 33, comma 7, nel limite fissato dall’articolo 65, comma 5

dell’ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

101/127



DICHIARAZIONI A VERBALE

**Dichiarazione a verbale n.1**

Il terminale associativo è una struttura sindacale dotata del potere di rappresentanza della sigla a

livello negoziale di riferimento. Si estrinseca nella sussistenza di una organizzazione, accreditata

presso le amministrazioni di riferimento, che rispetti il principio di democraticità interno

all’organizzazione sindacale.

**Dichiarazione a verbale n. 2**

L'attività del medico di cure primarie a ciclo di scelta, ancorché si avvalga delle prestazioni di

collaboratore di studio, non possiede le caratteristiche di autonoma organizzazione in quanto è

sottoposta ad una serie di vincoli convenzionalmente previsti:

obbligatorietà di presenza settimanale in numero minimo di ore giornaliere di apertura del

proprio studio;

prescrizioni e controlli circa i requisiti dei locali adibiti ad esercizio dell’attività e della

strumentazione in dotazione;

limiti di anzianità per l’esercizio dell’attività;

monitoraggio e verifiche continue dell’attività convenzionata;

controlli della prescrizione con l’obbligo di adesione alle deliberazioni regionali ed aziendali

circa l’indirizzo dell’attività.

**Dichiarazione a verbale n. 3**

Sulla base dei dati disponibili che mettono in evidenza, negli anni a venire, una ridotta disponibilità

di medici con specifica formazione nell’area assistenziale della medicina generale, le parti si

impegnano ad attivare un tavolo di lavoro per la definizione di criteri che servano ad individuare

modalità di partecipazione all’attività assistenziale che prevedano un rapporto tra carico di assistiti

e complessità del modello organizzativo in cui opera il medico convenzionato.

102/127



ALLEGATI

AALLEGATOLLEGATO 11 –– TTITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALEITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE..

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con

l’indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e

lode: p. 1,00

b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100:

p. 0,50

c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100:

p. 0,30

d) specializzazione in medicina interna o discipline equipollenti di cui alla tabella B del D.M.

30 gennaio 1998 e s.m.i.:

per ciascuna specializzazione: p. 4,00

e) specializzazione in discipline affini a quella di medicina interna ai sensi del D.M. 31

gennaio 1998 e s.m.i.:

per ciascuna specializzazione: p. 2,00

f) titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368

e successive modifiche e integrazioni: p. 7,20

g) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al

livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):

complessivamente p. 1,00

h) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente

Europea per l’utilizzo del PC (ECDL):

complessivamente p. 0,50

II. TITOLI DI SERVIZIO:

a) attività di medico di cure primarie a ciclo di scelta/medico di assistenza primaria fino

alla data di entrata in vigore del presente ACN, sia con incarico a tempo indeterminato

che con incarico provvisorio,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell’ambito della Regione nella cui graduatoria

si chiede l'inserimento;

b) servizio effettivo di medico di cure primarie ad attività oraria/medico di continuità

assistenziale fino alla data di entrata in vigore del presente ACN, con incarico a tempo

indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione,

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività. (Per ciascun mese solare non

può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito

dall’Accordo nazionale relativo al settore): p. 0,20

103/127



c) attività di sostituzione del medico di cure primarie a ciclo di scelta/medico di assistenza

primaria solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5

giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate

anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria sono

valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera b),

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

d) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a

titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale,

per ogni mese di attività: p. 0,20

e) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei

servizi territoriali,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

f) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di

sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di

convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti penitenziari,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

g) attività di medico addetto all’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo

indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9

ottobre 1970 n. 740,

per ogni mese di attività: p. 0,20

h) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate, valutabile fino alla data di

entrata in vigore del presente ACN,

per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: p. 0,10

i) attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

j) turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità dell’assistenza o di

emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo,

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,05

k) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con

riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni

continuativi,

per ciascun mese complessivo: p. 0,10

l) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di

ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio

convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti,

per ciascun mese: p. 0,05

m) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale

Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del

diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese p. 0,10

104/127



Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva è stato svolto in

concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell’area della

medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

n) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale,

ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in

medicina,

per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di

incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell’area medicina generale e solo

per il periodo concomitante con tale incarico;

o) attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della

Polizia di Stato,

per ogni mese di attività: p. 0,20

p) servizio prestato presso aziende termali di cui all’art 8 della Legge 24 ottobre 2000 n.

323, in qualità dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

q) servizio effettivo, svolto in paesi dell’Unione Europea, riconducibile all’attività di medico

di cure primarie e di emergenza sanitaria territoriale; assistenza sanitaria prestata da

medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988 n. 430,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell’anno sono

sommate. L’eventuale residuo superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non

valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni

successivi.

3. Relativamente al servizio calcolato su base oraria, per frazione di mese da valutare come mese

intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà. I residui non

valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni

successivi.

4. Il servizio effettivo indicato nel presente Allegato è determinato dalle sole ore di attività svolta

ed i periodi di sospensione dall’attività convenzionale non concorrono al computo.

5. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso

è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte

durante il corso di formazione specifica in medicina generale non sono valutabili. Il punteggio

per attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione è alternativo a

quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere d) ed e) del presente Allegato.

6. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell’ordine, la minore età, il voto di laurea e

l’anzianità di laurea.

7. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente

Allegato.

105/127



AALLEGATOLLEGATO 22 –– CCODICE DI COMPORTAMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALEODICE DI COMPORTAMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE..

1. Il medico di medicina generale, tenuto conto della necessità di garantire la migliore qualità del

servizio, nello svolgimento della propria attività deve, in particolare:

a) mantenere nei rapporti interpersonali con gli utenti e terzi un comportamento adeguato al

proprio ruolo ed una condotta informata a principi di correttezza e rispetto ed astenersi da

comportamenti lesivi della dignità della persona;

b) assicurare lo svolgimento dei propri compiti nel rispetto della normativa contrattuale, della

legislazione vigente e, per quanto di pertinenza, dei programmi di attività concordati con

l’Azienda Sanitaria;

c) assicurare la presenza in servizio nel rispetto del regolamento organizzativo della AFT o

UCCP;

d) astenersi dal partecipare, nell'espletamento delle proprie funzioni, all'adozione di decisioni o

ad attività che possano coinvolgere direttamente o indirettamente interessi finanziari o non

finanziari propri, del coniuge, dei parenti e degli affini entro il quarto grado e dei conviventi;

e) astenersi dal chiedere pagamenti non dovuti per prestazioni rese ai propri assistiti o agli

utenti, o accettare omaggi o altre utilità per sé o per i propri familiari, se non nei limiti delle

normali relazioni di cortesia e salvo quelli d'uso, purché di modico valore;

f) astenersi dal generare condizioni causa d'incompatibilità;

g) informare l'Azienda Sanitaria di essere stato rinviato a giudizio o che nei suoi confronti è

esercitata l’azione penale;

h) rispettare le norme di legge e le disposizioni contrattuali in materia di esercizio dell’attività

libero professionale;

i) applicare le disposizioni vigenti in materia di attestazione di malattia e di certificazione per

l’assenza per malattia;

j) assicurare il rispetto delle norme vigenti in materia di segreto d’ufficio, riservatezza e

protezione dei dati personali;

k) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui disponga per ragioni d’ufficio;

l) non utilizzare beni e strumenti dell’Azienda, preordinati all’espletamento dell’attività

istituzionale, per finalità private o diverse da quelle previste;

m) avere cura dei locali o altri beni strumentali affidati in ragione dell’attività prestata.

106/127



AALLEGATOLLEGATO 33 –– SSANZIONI DISCIPLINARIANZIONI DISCIPLINARI..

1. Le violazioni del Codice di comportamento dei medici di medicina generale danno luogo

all’applicazione di sanzioni, avuto riguardo dei seguenti criteri:

a) intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrata,

tenuto conto anche della prevedibilità dell’evento;

b) rilevanza della infrazione e dell’inosservanza degli obblighi di legge e delle disposizioni

contrattuali;

c) responsabilità connesse con l’incarico ricoperto, nonché con la gravità della lesione al

prestigio dell’Azienda e del Servizio Sanitario Nazionale;

d) grado di danno o di pericolo o di disservizio provocati a persone e a cose;

e) eventuale sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, anche connesse al

comportamento tenuto complessivamente dal medico o al concorso nella violazione di più

persone;

f) recidiva di sanzioni disciplinari nel biennio precedente.

2. Comportamenti che danno luogo a sanzioni:

a) rimprovero scritto, per:

I. infrazioni di lieve entità, a carattere occasionale, comprese quelle relative alle

disposizioni sulle prescrizioni e proposte di trattamenti assistenziali;

II. sporadiche irregolarità nell’utilizzo della ricetta del SSN;

III. inosservanza della normativa contrattuale e legislativa vigente, purché non abbia

determinato un danno o ripercussioni negative per gli utenti o l’Azienda;

IV. ingiustificata inosservanza dell’orario di apertura o di chiusura dello studio medico o

mancato rispetto dell’orario di inizio e di fine dei turni;

V. episodici comportamenti non conformi ai principi di correttezza e di rispetto;

VI. irregolarità nella compilazione e tenuta della documentazione a carattere sanitario;

VII. mancata comunicazione tempestiva all’Azienda di essere stato rinviato a giudizio o di

avere avuto conoscenza che nei suoi confronti è esercitata l’azione penale;

VIII. ottenimento di regali, compensi o altre utilità in connessione con l’espletamento delle

proprie funzioni o dei compiti affidati, di valore eccedente i 150 Euro nell’anno solare;

b) sanzione pecuniaria, per:

I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato la sanzione del

rimprovero scritto;

II. uso improprio delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;

III. assenza ingiustificata o arbitrario abbandono della sede di servizio senza conseguenze

nei confronti degli utenti;

IV. comportamenti minacciosi, ingiuriosi o calunniosi nei confronti di utenti, colleghi o

dipendenti aziendali;

107/127



V. violazione di obblighi da cui sia derivato disservizio agli utenti;

VI. violazione degli obblighi e compiti, stabiliti da norme legislative o da disposizioni

contrattuali, che abbiano comportato danno economico o pregiudizio per l’Azienda;

VII. ottenimento di regali, compensi o altre utilità in connessione con l’espletamento delle

proprie funzioni o dei compiti affidati, di valore rilevante;

c) sospensione dall’incarico e dal trattamento economico, per:

I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato sanzione

pecuniaria;

II. sistematici e comprovati comportamenti aggressivi o denigratori; minacce, ingiurie gravi,

calunnie o diffamazioni nei confronti degli utenti, dei colleghi, dell'Azienda e dei suoi

dipendenti;

III. ripetute assenze ingiustificate dal servizio o arbitrario abbandono dello stesso; in tale

ipotesi l’entità della sanzione è determinata in relazione alla durata dell’assenza o

dell’abbandono del servizio, al disservizio determinatosi, alla gravità della violazione

degli obblighi del medico, agli eventuali danni causati all’Azienda, agli utenti o a terzi;

IV. comportamento gravemente negligente od omissivo nella tenuta del Fascicolo Sanitario

Elettronico e della restante documentazione sanitaria connessa all’espletamento della

sua attività da cui sia derivato un danno per l’Azienda o per terzi;

V. violazione delle norme di legge in materia di prescrizione di farmaci o persistente

inappropriatezza clinica nell’attività prescrittiva;

VI. testimonianza falsa o reticente nell’ambito di procedimenti disciplinari;

VII. responsabilità in alterchi con ricorso a vie di fatto, nell’esercizio della propria attività, nei

confronti di colleghi, utenti o terzi;

VIII. atti e comportamenti lesivi della dignità della persona, ivi compresi quelli discriminatori

e le molestie sessuali;

IX. altre gravi violazioni non ricomprese specificatamente nelle lettere precedenti da cui sia

comunque derivato grave danno all’Azienda;

d) revoca dell’incarico con preavviso, per:

I. recidiva di infrazioni che abbiano comportato la sospensione del rapporto;

II. falsità documentali o dichiarative in costanza del rapporto di lavoro;

III. omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti indebiti benefici economici;

IV. rilascio di false certificazioni di malattia, relative ad assenza dal lavoro, che attestino dati

clinici non desunti da visita, in coerenza con la buona pratica medica;

V. mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero

professionale;

VI. accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi

rese ai propri assistiti o agli utenti;

108/127



VII. mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad

esclusione della fattispecie prevista dall’articolo 21, comma 3, lettera e);

VIII. condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l’interdizione perpetua dai

pubblici uffici ovvero l’estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;

IX. responsabilità penale, risultante da condanna passata in giudicato, per delitti commessi

al di fuori dell’attività di medico convenzionato e non attinenti in via diretta al rapporto

di lavoro ma che per la loro specifica gravità non siano compatibili con la prosecuzione

del rapporto;

e) revoca dell’incarico senza preavviso, per infrazioni, relative agli obblighi deontologici, legali

e convenzionali, o per fatti illeciti di rilevanza penale, di gravità tale da compromettere

irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l’Azienda e da non consentire la prosecuzione,

neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.

In caso di revoca per i motivi di cui al presente comma, lettera d), punti VII, VIII e IX e lettera e),

al medico non può essere conferito un nuovo incarico convenzionale ai sensi del presente ACN;

negli altri casi di revoca, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nella

graduatoria regionale decorsi quattro anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell’incarico

può avvenire solo in un ambito territoriale differente da quello detenuto all’atto della cessazione

del precedente incarico.

3. L’UPD può attivare la procedura di conciliazione, non obbligatoria, fuori dei casi per i quali è

prevista la sanzione disciplinare della revoca dell'incarico, da instaurare e concludere entro un

termine non superiore a trenta giorni dalla contestazione dell’addebito e comunque prima

dell’irrogazione della sanzione. La sanzione, concordemente determinata all’esito di tali

procedure, non può essere di specie diversa da quella prevista per l’infrazione per la quale si

procede e non è soggetta ad impugnazione.

4. I termini del procedimento disciplinare restano sospesi dalla data di apertura della procedura

conciliativa e riprendono a decorrere nel caso di conclusione con esito negativo.

5. Il consenso del medico deve risultare da atto sottoscritto congiuntamente dalle parti.

109/127



AALLEGATOLLEGATO 44 –– AACCORDOCCORDO NNAZIONALEAZIONALE PERPER LALA REGOLAMENTAZIONEREGOLAMENTAZIONE DELDEL DIRITTODIRITTO DIDI

SCIOPERO NELLSCIOPERO NELL''AREA DELLA MEDICINA GENERALEAREA DELLA MEDICINA GENERALE..

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i medici di medicina generale in rapporto di

convenzionamento con il SSN operanti secondo le previsioni del vigente ACN.

2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990

n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83 e successive modificazioni

ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, indicando i livelli minimi

essenziali di assistenza sanitaria territoriale e fissando i criteri per la determinazione dei

contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli.

3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l’espletamento delle procedure di conciliazione

e di raffreddamento.

4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali

di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le

disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa

dei valori e dell’ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell’incolumità e della sicurezza dei

lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990 n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2

della Legge 11 aprile 2000 n. 83, i servizi pubblici da considerare essenziali nella presente area

negoziale sono i seguenti:

a) cure primarie;

b) emergenza sanitaria territoriale;

c) medicina dei servizi territoriali;

d) assistenza negli istituti penitenziari.

2. Nell’ambito dei servizi essenziali del comma 1 è garantita, per ogni settore, nelle forme e nelle

modalità di cui al successivo articolo 3, la continuità delle seguenti prestazioni indispensabili per

assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati:

a) cure primarie a ciclo di scelta: visite domiciliari urgenti, assistenza domiciliare integrata,

assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni

definite nell’ambito degli Accordi regionali;

b) cure primarie ad attività oraria: visite domiciliari urgenti, assistenza domiciliare integrata,

assistenza domiciliare programmata a malati terminali, le ulteriori prestazioni definite

nell’ambito degli Accordi regionali, nonché quelle di cui all’articolo 39 del vigente ACN

limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici;

110/127



c) emergenza sanitaria territoriale: tutte quelle di cui all’art, 60 del vigente ACN per gli aspetti

inerenti il soccorso urgente;

d) medicina dei servizi: tutte quelle rese nell’ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene

pubblica, d’igiene mentale, di medicina fiscale;

e) assistenza negli istituti penitenziari: assistenza sanitaria urgente, comprensiva in ogni caso

delle terapie non procrastinabili, presenza nei processi con rito direttissimo o con imputati

detenuti per quelle cause e uscite per gravi motivi di sicurezza.

ART. 3

CONTINGENTI DI PERSONALE

1. In conformità agli Accordi di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli

scioperi nell'area della medicina generale, 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, alle organizzazioni sindacali

locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le

ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo

sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. In ogni caso, per le

prestazioni indispensabili relative alla emergenza sanitaria territoriale, va mantenuto in servizio

il personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno in cui viene effettuato lo

sciopero (contingente pieno).

2. Entro 30 giorni dall’entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente ai medici

che svolgono attività oraria di cure primarie, la medicina dei servizi territoriali, l’emergenza

sanitaria territoriale e l’assistenza negli istituti penitenziari, con appositi protocolli d'intesa a

livello decentrato, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da

esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità

delle prestazioni di cui all’articolo 2 del presente Accordo, nonché per la loro distribuzione

territoriale.

ART. 4

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui

all’articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un

preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell’astensione dal

lavoro. In caso di revoca di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali

devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.

2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall’ambito territoriale di

proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la

“Commissione di Garanzia per l’attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici

essenziali”.

3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero

della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i

Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la

proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente

111/127



della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle

province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va

comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell’Azienda e al Prefetto

competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all’utenza, le Regioni

ed enti interessati sono tenuti a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive

pubbliche e private di maggiore diffusione nell’area interessata dallo sciopero una

comunicazione circa i tempi e le modalità dell’azione di sciopero. Analoga comunicazione viene

effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell’ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello

sciopero, ai sensi dell’articolo 5, comma 8.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni

di sciopero come di seguito elencate:

a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 24

(ventiquattro) ore continuative anche per quei comparti organizzati per turni. In ogni caso lo

sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;

b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno le 48

(quarantotto) ore consecutive. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni

festivi, la loro durata non potrà comunque superare le 24 ore;

c) con esclusione del settore delle cure primarie a ciclo di scelta, che promuoverà sempre

scioperi non inferiori ad una giornata lavorativa, gli scioperi orari della durata inferiore ad

un giorno lavorativo si svolgeranno in un unico e continuo periodo, all’inizio o alla fine di

ciascun turno, secondo l’articolazione dell’orario previsto nell’unità operativa di riferimento;

d) l’area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono

altresì escluse forme surrettizie di sciopero quali le assemblee permanenti o forme

improprie di astensione dal lavoro;

e) nel caso in cui l’astensione collettiva si svolga con forme di sciopero “virtuale” che prevedano

la regolare prestazione lavorativa, è trattenuta una quota pari al 50% della retribuzione

commisurata alla durata dell’astensione programmata. Tale trattenuta è destinata a finalità

sociali indicate dall’organizzazione sindacale che indice l’azione di sciopero la quale ne darà

comunicazione all’utenza attraverso gli organi di stampa;

f) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre organizzazioni sindacali,

incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l’intervallo minimo tra

l’effettuazione di un’azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in

quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.

5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:

nel mese di agosto;

nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali Europee,

nazionali e referendarie;

nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali e

comunali, per i singoli ambiti;

nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;

nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo;

112/127



6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi

dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

7. La comunicazione di adesione all’agitazione sindacale comporta la trattenuta del trattamento

economico relativo all’intero periodo di astensione dall’attività convenzionale.

8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di

competenza entro i 90 giorni successivi al termine sciopero.

ART. 5

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno

sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.

2. I soggetti incaricati di svolger le procedure di conciliazione sono:

a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, Il Ministero del Lavoro;

b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;

c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.

3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni

lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della

formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa,

provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il

medesimo Ministero può chiedere alle organizzazioni sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti

notizie e chiarimenti per l’utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve

esaurirsi entro l’ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il

quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall’articolo 2,

comma 2, della Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83.

4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie

regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla

convocazione delle parti per l’espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre

giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l’ulteriore termine di cinque giorni

dall’apertura del confronto.

5. Il tentativo si considera altresì esplicato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto

a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre

dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.

6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non

superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del

comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.

7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti,

è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere

l’espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma

sleale di azione sindacale ai sensi dell’articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990 n. 146,

come modificata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno

essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere

113/127



secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e

contrattuali.

8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di

azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall’articolo 2, comma 6 della Legge 12

giugno 1990 n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83, o nel caso di oggettivi

elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.

9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non

intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l’autorità giudiziaria sulle materie

oggetto della controversia.

10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell’ambito della medesima

vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall’effettuazione o

revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la

procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di

franchigia di cui all’articolo 4, comma 5.

ART. 6

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno

partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la

disciplina vigente.

2. Il medico di medicina generale è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria

adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello

regionale.

ART. 7

SANZIONI

1. In caso di inosservanza delle disposizioni di cui alla Legge 12 giugno 1990 n. 146 e della Legge

11 aprile 2000 n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché di quelle contenute nel

presente Accordo, si applicano gli artt. 4 e 6 delle predette leggi.

114/127



AALLEGATOLLEGATO 55 –– PPRESTAZIONI AGGIUNTIVERESTAZIONI AGGIUNTIVE..

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di cure primarie sono quelle elencate nel

nomenclatore-tariffario del presente allegato.

2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare

impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio del medico di cure

primarie a seconda delle condizioni di salute del paziente.

3. Per l’esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio del medico deve essere

adeguatamente attrezzato. Relativamente alle prestazione di cui alla lettera C del nomenclatore-

tariffario, 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 è 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 codice fiscale 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 regionale di prestazioni multiple autorizzate.

6. Per le prestazioni rese, al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel

nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lettera "C". Nessun onere a

qualsiasi titolo può far carico all'assistito.

7. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a

quello dell'invio della distinta di cui al comma 4.

NOMECLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

A – PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE:

1. Prima medicazione (\*) 12,32

2. Sutura di ferita superficiale 3,32

3. Successive medicazioni 6,16

4. Rimozione di punti di sutura e medicazione 12,32

5. Cateterismo uretrale nell’uomo 9,66

6. Cateterismo uretrale nella donna 3,59

7. Tamponamento nasale anteriore 5,62

8. Fleboclisi (unica eseguibile in caso di urgenza) 12,32

9. Lavanda gastrica 12,32

115/127



10. Iniezione di gammaglo-bulina o vaccinazione antitetanica 6,16

11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (\*\*) 9,21

12. Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico

(solo su pazienti non ambulabili) 0,64

B) PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA:

1. Ciclo di fleboclisi 9,21

2. Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione) 6,16

3. Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione

singola) (\*\*\*) 1,23

4. Vaccinazioni non obbligatorie (\*\*\*\*) 6,16

C) TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI DI NORMA ESEGUIBILI NELL'AMBITO DEGLI ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI.

1. Gli Accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico, di prestazioni

aggiuntive retribuite, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi

assistenziali o di quant'altro venga concordato.

(\*) Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata.

In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

(\*\*) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(\*\*\*) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei

impianti fissi.

(\*\*\*\*) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni

disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino che è fornito

dall'Azienda, lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria

collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. La

vaccinazione antinfluenzale è compensata con la tariffa di cui al presente Allegato.

116/127



AALLEGATOLLEGATO 66 –– AASSISTENZASSISTENZA DDOMICILIAREOMICILIARE PPROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTIROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI

NON AMBULABILINON AMBULABILI..

ART. 1 – PRESTAZIONI DOMICILIARI

1. L'assistenza domiciliare programmata è svolta assicurando, al domicilio personale del non

ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in

relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;

controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai

familiari;

indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul

diario clinico;

indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle

peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;

indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla

Azienda;

collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto

nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;

predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di

riabilitazione e loro verifica periodica;

attivazione degli interventi riabilitativi;

tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono

annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le

richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente

specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

ART. 2 – ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DOMICILIARE

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a

raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:

a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione,

portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);

b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non

autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);

c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla

situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:

I. insufficienza cardiaca in stadio avanzato;

117/127



II. insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;

III. arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;

IV. gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;

V. cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;

VI. paraplegici e tetraplegici.

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

1. La segnalazione del caso che necessita di assistenza domiciliare può essere effettuata alla

Azienda dal medico di cure primarie a ciclo di scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali o

dalle famiglie.

2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione

dell’ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico di cure primarie a ciclo di scelta con

precisazione del numero degli accessi, e inviata o presentata al Distretto.

3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario

nonché le necessità di eventuali supporti di personale.

4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilità di concordare sollecitamente il

programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico di cure primarie a

ciclo di scelta emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione

utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.

5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla

segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al Distretto competente per territorio

riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi

indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.

6. In caso di discordanza sul programma da parte del medico dell’Azienda, questi è tenuto a darne

motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico di cure

primarie a ciclo di scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali.

Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l’approvazione entro 7

giorni.

7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla

valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale membro di

diritto dell’Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

8. In relazione a particolari difficoltà locali, l’Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali

può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 4 – RAPPORTI CON IL DISTRETTO

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-

assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il

medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle

procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:

118/127



a) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria

programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con

possibilità di proroga);

b) la periodicità settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico di di cure

primarie a ciclo di scelta al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità

dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;

c) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore

personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche,

sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica, che necessitino al soggetto.

ART. 5 – COMPENSO ECONOMICO

1. Al medico di cure primarie a ciclo di scelta oltre all'ordinario trattamento economico è

corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a €. 18,90 per

accesso dallo 01.01.2000.

2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma

concordato.

3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o

sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

ART. 6 – MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al Distretto, entro 10 giorni del mese

successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e

nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto

concordato. In caso di sostituzione gli accessi sono retribuiti al medico sostituto come previsto

all’articolo 31, comma 6.

2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi

annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.

3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni,

che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 – DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di cure

primarie a ciclo di scelta che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i

modelli per l'assistenza domiciliare.

3. Sulla base di apposito Accordo regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle

Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

119/127



ART. 8 – VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili

distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli

assistiti la necessità degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina

generale.

ART. 9 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di

attuazione del presente Allegato.

120/127



AALLEGATOLLEGATO 77 –– AASSISTENZASSISTENZA DDOMICILIAREOMICILIARE IINTEGRATANTEGRATA..

ART. 1 – PRESTAZIONI

1. L'assistenza domiciliare integrata è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

a) di medicina generale;

b) di medicina specialistica;

c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;

d) di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;

e) di assistenza sociale.

2. L’assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la integrazione professionale tra i

diversi professionisti di cui al presente ACN e tra essi e le altre figure dell’assistenza territoriale,

in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al

bisogno di salute della persona non autosufficiente.

3. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari,

sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il

ricovero.

ART. 2 – DESTINATARI

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento

domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni

sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a

livello distrettuale e il medico di cure primarie a ciclo di scelta in relazione alla situazione socio-

ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

malati terminali;

malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;

incidenti vascolari acuti;

gravi fratture in anziani;

forme psicotiche acute gravi;

riabilitazione di vasculopatici;

riabilitazione in neurolesi;

malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);

dimissioni protette da strutture ospedaliere.

121/127



ART. 3 - PROCEDURE PER L’ATTIVAZIONE

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di cure primarie a ciclo di scelta, a seguito di

segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di Distretto nel quale ha la residenza

l'interessato da parte del:

a) medico di cure primarie a ciclo di scelta;

b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;

c) servizi sociali;

d) familiari del paziente.

2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del Distretto attiva o meno le procedure e

prende contatto con il medico di cure primarie a ciclo di scelta per attivare l'intervento

integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

3. Ove il medico del Distretto non ritenga necessaria l’attivazione dell’ADI per il caso proposto dal

medico di cure primarie a ciclo di scelta, deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla

richiesta di attivazione al medico di cure primarie a ciclo di scelta e ai familiari dell’assistito

interessato.

4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il

medico di cure primarie a ciclo di scelta concordano:

a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;

b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;

c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile

distrettuale delle relative attività;

d) la cadenza degli accessi del medico di cure primarie a ciclo di scelta al domicilio del paziente

in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali

necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;

e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

5. Il medico di cure primarie a ciclo di scelta nell'ambito del piano di interventi:

ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;

tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale

gli operatori sanitari riportano i propri interventi;

attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali

programmati;

coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

122/127



ART. 4 – SOSPENSIONE

1. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico di cure primarie a ciclo di

scelta che dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni,

salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

ART. 5 - TRATTAMENTO ECONOMICO

1. Al medico di cure primarie a ciclo di scelta, oltre all'ordinario trattamento economico di cui

all'articolo 42 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di €. 18,90 dallo

01.01.2000.

2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le

cadenze stabilite.

3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir

meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene

riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l’assistenza sia erogata

in residenze protette e collettività.

ART. 6 - MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al Distretto, entro il giorno 10 del

mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il

cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di

quanto concordato.

2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti

sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.

3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi

annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell’assistito.

4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle

prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 - DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di di cure

primarie a ciclo di scelta che eroga l'assistenza domiciliare integrata.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una

copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata.

123/127



ART. 8 - RIUNIONI PERIODICHE

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove riunioni periodiche con i responsabili

dell'attività sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato Aziendale al fine di assicurare

l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento

del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative

soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.

2. Alla riunione possono essere invitati i medici di cure primarie a ciclo di scelta in relazione ai

singoli problemi assistenziali in discussione.

3. Il medico di cure primarie a ciclo di scelta tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare,

concordando modalità e tempi.

ART. 9 – VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie

possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di cure

primarie a ciclo di scelta.

ART. 10 – CONTROVERSIE

1. Eventuali controversie in materia di Assistenza Domiciliare Integrata sono affidate alla

valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di cure primarie a ciclo di scelta

membro di diritto dell’Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

2. In relazione a particolari difficoltà locali, l’Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali

può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 11 – INTESE DECENTRATE.

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di

attuazione del presente Allegato.

124/127



AALLEGATOLLEGATO 88 –– LLINEEINEE GUIDAGUIDA PERPER II CORSICORSI DIDI IDONEITÀIDONEITÀ ALLALL’’EEMERGENZAMERGENZA SSANITARIAANITARIA

TTERRITORIALEERRITORIALE..

*PROGRAMMA*

Poiché per le due situazioni cliniche di emergenza estrema, rappresentate dall'arresto

cardiocircolatorio e dal grave politraumatismo, è di primaria importanza garantire un intervento

qualificato da parte del personale addetto al soccorso, nel programma del corso per i medici

dell'Emergenza saranno inserite le Linee Guida riguardo alla sequenza delle procedure di BLS (Basic

Life Support=Sostegno delle Funzioni Vitali) e di ACLS (Avanced Cardiac Life Support) nei casi di

arresto cardiocircolatorio secondo l'American Heart Association e l'European Resuscitation Council

e le Linee Guida dell'ATLS (Advanced Trauma Life Support) nei casi di pazienti traumatizzati

dell'American College of Surgeons, organismi scientifici, internazionali ed autorevoli, che

periodicamente provvedono ad una revisione critica e ad un aggiornamento dei protocolli in base

all'evoluzione delle conoscenze.

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

1. Saper assistere un paziente:

al domicilio;

all’esterno;

su di un mezzo di soccorso mobile;

in ambulatorio.

2. Saper diagnosticare e trattare un paziente:

in arresto cardio circolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle

vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci

raccomandati dal protocollo dell'ACLS)

con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla

cricotomia)

politraumatizzato o con traumatismi maggiori (drenaggio toracico, manovre di

decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni

neurologici, ecc.)

grande ustionato (da fattori chimici o da calore)

in stato di shock

in coma o altre patologie neurologiche

con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato)

con aritmia cardiaca

con E.P.A.

125/127



con emorragie interne ed esterne (emoftoe, ematemesi, enterorragia, rottura di

aneurisma)

in caso di folgorazione o annegamento

in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta

in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)

in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all’arresto cardiorespiratorio del

neonato)

in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)

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

4. Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento

della traumatologia “minore” (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);

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

momenti operativi);

6. Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro

e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)

7. Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione,

sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);

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

territoriale.

9. Essere formato al Corso dispatch emergency medical.

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

almeno:

1. Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d’Urgenza

2. Rianimazione

3. Cardiologia e Terapia intensiva

4. Ortopedia

5. Centrale Operativa funzionante e disponibilità di mezzi di soccorso

Inoltre dovranno naturalmente essere individuati i materiali e gli strumenti da usare come supporti

didattici (manichini per massaggio cardiaco esterno, intubazione oro-tracheale, incannulamento di

vene centrali, seminari per la discussione di “casi” tratti dalla realtà o simulati, esercitazioni in

collaborazione con i vigili del fuoco, ecc.).

La valutazione finale di “idoneità” o “non idoneità” viene effettuata mediante prova scritta e

orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale

dell’Azienda che organizza il corso.

Ai candidati che avranno superato favorevolmente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di

idoneità all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale.

126/127



AALLEGATOLLEGATO 99 –– MMODALITÀ DI CALCOLO DELLA TRATTENUTA MEDIA VALIDA AI FINI DELLAODALITÀ DI CALCOLO DELLA TRATTENUTA MEDIA VALIDA AI FINI DELLA

RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALERAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE

Il calcolo è operato dalla SISAC procedendo alla individuazione della trattenuta media di ciascun

sindacato rappresentativo secondo la rilevazione di rappresentatività effettuata al 01/01 dell’anno

precedente. La trattenuta media si ottiene rapportando il dato del totale annuo trattenuto e

riversato in favore di ciascuna O.S. al rispettivo numero delle deleghe rilevate come da seguente

esempio:

TOTALE ANNUO TRATTENUTO RILEVATO NELLA

RILEVAZIONE AL 01/01 DELL’ANNO PRECEDENTE

= TRATTENUTA MEDIA

SINDACATO α

NUMERO DI DELEGHE AL 01/01 DELL’ANNO PRECEDENTE

Tra le trattenute medie annue di ciascun sindacato (α, β , γ , …) si determina la media semplice ed il

risultato è diviso per due.

TRATTENUTA MEDIA SINDACATO α + TRATTENUTA MEDIA SINDACATO β + TRATTENUTA MEDIA SINDACATO γ + ….

NUMERO SINDACATI RAPPRESENTATIVI DERIVANTI DALLA RILEVAZIONE AL 01/01 DELL’ANNO PRECEDENTE

2

127/127