

**IPOSTESI 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  
(aggiornato al 5 settembre 2019)**

## INDICE

### PARTE PRIMA INQUADRAMENTO GENERALE

- Premessa (ACN 2018)
- Art. 1 Art. Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (art. 1 ACN 2018)
- 1 /bis Quadro di riferimento
- Art. 2 Livelli di contrattazione
- Art. 3 Negoziazione nazionale
- Art. 4 Negoziazione regionale
- Art. 4/bis Indicazioni per i prossimi Accordi Integrativi Regionali
- Art. 4/ter Tempistica degli Accordi Integrativi Regionali
- Art. 5 Obiettivi di carattere generale
- Art. 6 Strumenti
- Art. 7 Ruolo e partecipazione delle organizzazioni sindacali
- Art. 8 Struttura del compenso
- Art. 9 Aumenti contrattuali (Art. 9 ACN 2018)
- Art. 10 Disposizione contrattuale di garanzia - Osservatorio
- Art. 11 Entrata in vigore e durata dell'Accordo (art. 10 ACN 2018)

### PARTE SECONDA DISCIPLINA DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

- Art. 12 Premessa

#### CAPO I PRINCIPI GENERALI

- Art. 13 Campo di applicazione
- Art. 13 bis Compiti e Funzioni del Medico di Medicina Generale
- Art. 14 Contenuti demandati alla negoziazione regionale
- Art. 15 Graduatoria regionale (art. 2 ACN 2018)
- Art. 16 Titoli per la formazione delle graduatorie (art. 3 ACN 2018)
- Art. 17 Incompatibilità
- Art. 18 Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale
- Art. 19 Cessazione del rapporto convenzionale
- Art. 20 Formazione continua
- Art. 21 Diritti sindacali
- Art. 22 Rappresentatività sindacale
- Art. 23 Comitato aziendale
- Art. 24 Comitato regionale
- Art. 25 Programmazione e monitoraggio delle attività
- Art. 26 Equipages territoriali
- Art. 26 bis Aggregazione Funzionale della Medicina Generale
- Art. 26 ter Requisiti e Funzioni Minime dell'Unità Complessa delle Cure Primarie
- Art. 26 quater Istituzione del referente nelle UCcP (ACN 2010)
- Art. 26 quinquies Impiego degli specialisti ambulatoriali nell'assistenza domiciliare e residenziale e delle UCcP (ACN 2010)
- Art. 27 Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse
- Art. 28 Articolazione del compenso
- Art. 29 Funzioni della medicina generale
- Art. 30 Responsabilità convenzionali e violazioni. Collegio arbitrale
- Art. 31 Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione (Art 4 e 11 ACN 2018)
- Art. 32 Assistenza ai turisti

#### CAPO II L'ASSISTENZA PRIMARIA

- Art. 33 Rapporto ottimale
- Art. 34 Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria (Art. 5 ACN 2018)
- Art. 35 Instaurazione del rapporto convenzionale
- Art. 36 Requisiti e apertura degli studi medici
- Art. 37 Sostituzioni

- Art. 38 Incarichi provvisori
- Art. 39 Massimale di scelte e sue limitazioni
- Art. 40 Scelta del medico
- Art. 41 Revoca e ricusazione della scelta
- Art. 42 Revoche d'ufficio
- Art. 43 Scelta, revoca, ricusazione: effetti economici
- Art. 44 Elenchi nominativi e variazioni mensili
- Art. 45 Compiti del medico
- Art. 46 Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza
- Art. 47 Visite ambulatoriali e domiciliari
- Art. 48 Consulto con lo specialista
- Art. 49 Rapporti tra il medico di famiglia e l'ospedale
- Art. 50 Assistenza farmaceutica e modulare
- Art. 51 Richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali
- Art. 52 Certificazione di malattia per i lavoratori
- Art. 53 Assistenza domiciliare programmata
- Art. 54 Forme associative dell'assistenza primaria
- Art. 55 Interventi socio-assistenziali
- Art. 56 Collegamento con i servizi di continuità assistenziale
- Art. 57 Visite occasionali
- Art. 58 Libera professione
- Art. 59 Trattamento economico 59
- Art. bis Flusso Informativo
- Art. 59 ter Disposizioni sui flussi informativi e comunicazioni "Paperless" (ACN 2010)
- Art. 59 quater Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica
- Art. 59 Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia
- Art. 60 Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'azienda

### CAPO III LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- Art. 62 Criteri generali
- Art. 63 Attribuzione degli incarichi di continuità assistenziale (Art. 6 ACN 2018)
- Art. 64 Rapporto ottimale
- Art. 65 Massimali
- Art. 66 Libera professione
- Art. 67 Compiti del medico
- Art. 68 Competenze delle Aziende
- Art. 69 Rapporti con il medico di fiducia e le strutture sanitarie
- Art. 70 Sostituzioni ed incarichi provvisori
- Art. 71 Organizzazione della reperibilità
- Art. 72 Trattamento economico
- Art. 73 Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

### NORME FINALI

### NORME TRANSITORIE

### DICHIARAZIONE CONGIUNTA A VERBALE

## PARTE PRIMA

### PREMESSA (ACN 2018)

Il presente ACN viene sottoscritto in attesa di concludere entro l'anno la contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo). In considerazione dell'attuale contesto normativo, il presente Accordo affronta alcune priorità emerse nel corso della trattativa, già oggetto delle linee di indirizzo, che richiedono una soluzione negoziale particolarmente tempestiva.

Tali priorità attengono in particolare alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio e alla regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali. Con il presente ACN vengono altresì definite le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

### PREMESSA (ACN 2019)

Il presente ACN viene sottoscritto in attesa di concludere entro il 31 dicembre 2019 la contrattazione del triennio 2016-2018 (normativo ed economico). In considerazione dell'attuale contesto normativo, il presente Accordo si rende necessario per dare attuazione all'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, i quali incidono sui contenuti delle disposizioni negoziali del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Le clausole negoziali introdotte in forza dell'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e dell'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, restano valide per gli incaricati fino al 31 dicembre 2021.

Con il presente ACN vengono altresì definite le modalità di erogazione delle risorse già definite, a regime dal 1 gennaio 2018 (arretrati/incrementi) pari all'aliquota già indicata nell'anno 2017 (1,84% = 0,75%+1,09%).

Le parti si impegnano a proseguire nella contrattazione, secondo gli atti di indirizzo già emanati dal Comitato di Settore, ed a sottoscrivere l'ipotesi di ACN normativa ed economica del triennio 2016-2018 entro il 31 dicembre 2019.

## INQUADRAMENTO GENERALE

### ART. 1 - OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE (Art.1 ACN 2018)

1. La programmazione regionale finalizzerà gli AAIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di *performance*, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)*. Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Gli AAIRR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico [definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019*. La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIRR prevedono una attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO*. L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.

d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATELA*. Nell'ambito degli AAIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere previsto specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici di assistenza primaria ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti. In particolare, per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale nei processi di *budgeting* aziendali.

ART. 1 /bis - QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sostenibilità economica del S.S.N. a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie, erogate da medici di medicina generale in collaborazione con altre figure professionali, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 23 dicembre 1978 n.833, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio - sanitario.
3. Il nuovo quadro istituzionale, con Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, che modifica il Titolo V della Costituzione, ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato. Il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale deve riuscire a coniugare il nuovo quadro istituzionale con il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
4. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con il D.P.R. 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni -Città ed autonomie locali del 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978, pone il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle prestazioni.
5. Particolare attenzione va riservata alla tematica della tutela della salute dei soggetti fragili, del bambino, dell'adolescente, dell'anziano e dei soggetti affetti da patologie croniche degenerative, condizione che presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei

professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.

6. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute. Le innovazioni necessarie, devono puntare ad adeguare il sistema stesso a rispondere in modo appropriato ed integrato alla domanda di sanità dei cittadini. La convenzione con il singolo medico tutela e valorizza il rapporto fiduciario medico - paziente.
7. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali in relazione al quadro normativo vigente, riconoscono che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi etici e ritengono improrogabile avviare una forte innovazione nella organizzazione e nella gestione del Sistema Sanitario attuando quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale in ordine al nuovo ruolo del territorio. È necessario, pertanto, pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero.
8. Va costruita, a tal fine, un'organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione dei percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al cittadino l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e ospedalieri.

ART. 2 - LIVELLI DI CONTRATTAZIONE *(sostituito dall'art. 4 ACN 2010)*

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 definito dal nuovo titolo V° della Costituzione, 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:
  - La definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
  - La dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
  - La responsabilità delle istituzioni, Regioni e Aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi 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.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

### ART. 3 - NEGOZIAZIONE NAZIONALE

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

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

#### ART. 4 - NEGOZIAZIONE REGIONALE

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici:
  - a) le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali, con le modalità previste dall'articolo precedente;
  - b) l'attuazione di quanto indicato dall'art. 6;
  - c) l'organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici con il supporto delle professionalità sanitarie e la realizzazione della continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
  - d) l'organizzazione dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi;
  - e) le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo;
  - f) la modalità di partecipazione dei medici di medicina generale nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
  - g) i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori - strutture associate - Distretti - Aziende Sanitarie - Regione;
  - h) l'organizzazione della formazione di base, della formazione specifica, della formazione continua e dell'aggiornamento;
  - i) gli organismi di partecipazione e rappresentanza dei Medici di medicina generale a livello regionale;
  - j) l'attuazione dell'art. 8 comma 2, lettere b, c ed e.

ART. 4/bis - INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI (art. 5 ACN 2010)

1. I prossimi AIR dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP), individuate con l'ACN 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:

- a) Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;
- b) Azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi, con particolare riferimento a:
  - Accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica)
  - Possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di UCCP, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento - Individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP
  - Potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato
  - Sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi
- c) Miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi;
- d) Definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;
- e) Valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica;
- f) Messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile, coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle AFT e delle UCCP.

ART. 4/ter - TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI (art. 6 ACN 2010)

1. Gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) sono siglati e resi operativi da appositi provvedimenti regionali entro 9 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo Collettivo Nazionale.
2. Qualora in una Regione tale termine non venga rispettato, le risorse definite dal presente ACN per l'AIR vengono attribuite come segue:
  - per ciascun settore di attività (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei servizi, Emergenza territoriale), secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente ACN;
  - sono riconosciute ai medici convenzionati previa riduzione del 10%.
  - la Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti.

ART. 5 - OBIETTIVI DI CARATTERE GENERALE.

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

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

## ART. 6 - STRUMENTI

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, per il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel presente Accordo, convengono sulla necessità di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso le seguenti scelte:
  - a) realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. Ciò consentirà al territorio, di soddisfare, nella misura massima possibile, la domanda di salute a partire dal primo intervento perseguendo anche l'obiettivo di ricondurre le liste di attesa entro tempi accettabili;
  - a1 ) applicazione degli strumenti di cui agli articoli 26 bis, 26 ter, 59 bis e 59 ter, dal momento che gli stessi possono sostenere nel modo più efficace il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel presente Accordo;
  - b) ~~a tal fine convengono sulla necessità di costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associata prevedendo la sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le oo.ss., di strutture operative complesse, organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica, composte da medici di medicina generale (assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta, con la presenza di specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni azienda sanitaria, in coerenza con l'intesa Stato - Regioni del 29.07.04;~~
  - c) ~~la nuova organizzazione avrà come presupposto la piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema. I medici e i professionisti sanitari operanti sul territorio nelle cure primarie avranno, sulla base di quanto definiranno le Regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi, nella individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e nella definizione degli obiettivi di budget;~~
  - d) ~~in proposito dovrà essere garantita la presenza delle strutture organizzative territoriali nell'ambito delle forme partecipative, previste dall'atto aziendale;~~
  - e) ~~questa riorganizzazione avrà come proprio fondamento l'informatizzazione del sistema, secondo standard condivisi definiti a livello nazionale e regionale, che dovrà coinvolgere tutti i soggetti operanti nel territorio, per una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio~~

sanitaria;

- f) le Regioni e le Organizzazioni sindacali, concordano sulla esigenza che sia perseguito, anche tramite gli accordi regionali, un adeguato percorso formativo nella fase di formazione pre-laurea e pre-abilitazione, della formazione specifica, e della formazione continua;
- g) dovranno essere definiti anche percorsi formativi comuni tra medici e professionisti sanitari che operano nel territorio e medici e professionisti sanitari che operano in ospedale. Tali percorsi dovranno essere mirati all'acquisizione di strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.

**ART. 7 - RUOLO E PARTECIPAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI**

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

## ART. 8 - STRUTTURA DEL COMPENSO

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto degli indirizzi del governo in materia di rinnovo di convenzioni e contratti nella pubblica amministrazione (d.lgs. 30 marzo 2001 n.165), convengono sulla necessità che il compenso dei medici di medicina generale, sia sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad automatismi e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali.
2. Concorrono alla costituzione del compenso dei medici di cui al presente Accordo:
  - a) quota capitaria ponderata per assistito e/o quote orarie;
  - b) incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza;
  - c) quota per servizi e prestazioni aggiuntive, per medico singolo o per gruppi, calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione;
  - d) aumento previsto per rinnovo nella misura di cui al successivo articolo 9;
  - e) incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni e ospedale - territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali per l'assistenza primaria.
3. Nel rispetto di quanto indicato ai commi 1 e 2, le Regioni e le Organizzazioni sindacali concordano di determinare l'entità del compenso per assistibile pesato definendone caratteristiche e tipologie secondo i seguenti criteri:
  - A. Le quote b) e c) del comma 2 potranno contenere fino al 30% del totale degli attuali compensi e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale.

Queste quote saranno ulteriormente integrate con le risorse eventualmente derivate dalle fattispecie di cui al precedente punto e).

La quota a) del comma 2 potrà rappresentare un livello percentuale del totale degli attuali compensi inversamente corrispondente a quello di cui alla precedente lettera A.
  - B. ~~Gli aumenti per i rinnovi contrattuali, calcolati sul monte compensi 2000 per competenza, vanno ad incrementare le quote del compenso di cui alle lettere a), b) e c) del comma 2.~~
4. Sono comunque garantiti gli effetti degli Accordi regionali vigenti fino alla loro scadenza, conformemente alle determinazioni previste negli stessi.

**ART. 9 - ARRETRATI (Art. 9 ACN 2018)**

1. Preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e considerata la scelta di addivenire alla sottoscrizione del presente ACN in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018, le parti concordano l'erogazione delle sole risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi), da erogarsi secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

**- Medici di Assistenza Primaria**

TABELLA A1 - Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2010	0,35
arretrati 2011	0,52
arretrati 2012	0,52
arretrati 2013	0,52
arretrati 2014	0,52
arretrati 2015	0,52

**- Medici di Continuità Assistenziale**

TABELLA B1 - Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,11
arretrati 2011	0,17
arretrati 2012	0,17
arretrati 2013	0,17
arretrati 2014	0,17
arretrati 2015	0,17

**- Medici di Medicina dei Servizi Territoriali**

TABELLA CI - Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,07
arretrati 2011	0,10
arretrati 2012	0,10
arretrati 2013	0,10
arretrati 2014	0,10
arretrati 2015	0,10

**- Medici di emergenza sanitaria territoriale**

TABELLA DI - Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,12
arretrati 2011	0,18
arretrati 2012	0,18
arretrati 2013	0,18
arretrati 2014	0,18
arretrati 2015	0,18

2. Per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici e alla regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali, sono corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017) secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

**- Medici di assistenza primaria**

Tabella A2 - Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2016	0,77
arretrati 2017	1,28

**Medici di Continuità Assistenziale**

Tabella B2 - Arretrati 2016 - 2017

Anno	Euro anno per assistito
arretrati 2016	0,24
arretrati 2017	0,41

**- Medici di Medicina dei Servizi Territoriali**

Tabella C2 - Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2016	0,15
arretrati 2017	0,25

**- Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale**

Tabella D2 - Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2016	0,26
arretrati 2017	0,44

3. Gli arretrati di cui alla tabella A1 del comma 1 e alla tabella A2 del comma 2 sono corrisposti nel limite del massimale del medico di assistenza primaria e delle scelte in deroga acquisite secondo quanto previsto dall'articolo 40 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. nell'anno di riferimento. Gli arretrati di cui alle tabelle B1, C1 e D1 del comma 1 e alle tabelle B2, C2 e D2 del comma 2 sono corrisposti ai medici di medicina generale a quota oraria (continuità assistenziale, dei servizi, emergenza sanitaria territoriale), in funzione delle ore di servizio svolte nell'anno di riferimento.

4. Gli arretrati di cui al comma 1 del presente articolo sono corrisposti entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN.

5. Gli arretrati di cui al comma 2 del presente articolo sono corrisposti entro i 90 giorni successivi al termine di cui al comma p li presente ACN viene sottoscritto in attesa di concludere entro il 31 dicembre 2019 la contrattazione del triennio 2016-2018 (normativo ed economico). In considerazione dell'attuale contesto normativo, il presente Accordo si rende necessario per dare attuazione all'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, i quali incidono sui contenuti delle disposizioni negoziali del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Le clausole negoziali introdotte in forza dell'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e dell'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, restano valide per gli incaricati fino al 31 dicembre 2021.

Con il presente ACN vengono altresì definite le modalità di erogazione delle risorse già definite, a regime dal 1 gennaio 2018 (arretrati/incrementi) pari all'aliquota già indicata nell'anno 2017 ( $1,84\% = 0,75\% + 1,09\%$ ).

Le parti si impegnano a proseguire nella contrattazione, secondo gli atti di indirizzo già emanati dal Comitato di Settore, ed a sottoscrivere l'ipotesi di ACN normativa ed economica del triennio 2016-2018 entro il 31 dicembre 2019. recedente.

#### ART. 10 - DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA

1. ~~Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, a garanzia dell'attuazione di quanto previsto dall'art. 4, comma 1, del presente Accordo, si impegnano ad applicare in caso di inadempienza anche di una delle parti, la procedura di garanzia di cui ai commi 2 e 3.~~
2. ~~Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo la SISAC verifica lo stato di avanzamento degli Accordi in ciascuna Regione, accordando eventualmente ulteriori tre mesi di tempo per la conclusione della trattativa, trascorsi i quali si fa inderogabilmente riferimento a quanto previsto dal comma 3.~~
3. ~~La SISAC, entro 15 giorni, convoca le organizzazioni sindacali nazionali e, valutato lo stato di inadempienza, può procedere, entro 30 giorni, alla convocazione delle parti regionali interessate al fine di pervenire ad un accordo, da stipularsi entro i successivi 60 giorni. In caso di impossibilità a raggiungere tale risultato, la SISAC e le Organizzazioni sindacali nazionali proporranno, entro i successivi 60 giorni, una soluzione sostitutiva all'accordo regionale da sottoporre alla approvazione della Conferenza Stato Regioni e Province autonome a valere per la Regione, e valida fino alla stipula dell'Accordo regionale.~~
4. Al fine di acquisire le *necessarie* conoscenze in ordine all'andamento di attuazione degli accordi regionali ed aziendali, nonché all'esigenza di monitorare i relativi dati economici e di attuazione di particolari e definiti istituti contrattuali, è istituito, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, l'osservatorio consultivo permanente nazionale presso la SISAC, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali, la cui composizione ed i relativi compiti saranno definiti con successivo accordo tra le parti.

**ART. 11 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ACCORDO E RAPPRESENTATIVITÀ A LIVELLO DECENTRATO (ART. 10 ACN 2018)**

1. 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.
2. Il presente Accordo nelle more della vigenza dell'ACN del triennio 2016-2018 (economico e normativo) integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività a livello nazionale di cui all'articolo 22, comma 6, dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativi Regionale.

## PARTE SECONDA

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

#### ART. 12 - PREMESSA

1. Le novità introdotte, nell'ordinamento costituzionale e nelle procedure di contrattazione con la legge 27 dicembre 2002 n. 289, comportano una nuova e più funzionale strutturazione del rapporto convenzionale in particolare negli articolati di settore. È necessario cioè coordinare e rendere sequenziale la normativa di ogni specifica categoria con gli obiettivi e i contenuti generali e comuni a tutte le categorie che operano nel territorio sia pure con la necessaria gradualità. La stesura dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale è finalizzata ad attrezzare meglio il rapporto Regioni - Categorie Mediche che operano nel territorio, con l'obiettivo di avviare un processo di innovazione in grado di rispondere in modo più adeguato alle esigenze dei cittadini, a rivalutare il ruolo degli operatori e consolidare in modo significativo il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nel nostro Paese.
2. Nel presente Accordo si riconosce la caratterizzazione della Medicina Generale italiana secondo i principi espressi dalla Definizione Europea di Medicina Generale/di Famiglia data da WONCA Europa (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia) nel 2002. Il valore di tale Definizione si colloca nell'ambito culturale, scientifico, professionale e della formazione specifica, ed è finalizzato alla necessità di riconoscere alla Medicina Generale italiana ruolo, identità e responsabilità che ne favoriscano una ulteriore crescita qualitativa e uno sviluppo coerente con la comunità scientifico-professionale europea alla quale appartiene. Pertanto i medici di medicina generale sono specialisti formati ai principi della disciplina, sulla base delle caratteristiche di seguito elencate che ne definiscono le peculiarità professionali:
  - a) la medicina generale è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, e ogni altra caratteristica della persona;
  - b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità ed assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
  - c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;

- d) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;
- e) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
- f) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
- g) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
- h) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
- i) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
- j) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
- k) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

## CAPO I

### PRINCIPI GENERALI

#### ART. 13 - CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia, e sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali, tra i medici di medicina generale e le Aziende sanitarie locali, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN e le sue articolazioni, dei compiti e delle attività relativi ai settori di:
  - a) assistenza primaria;
  - b) continuità assistenziale;
  - c) medicina dei servizi territoriali;
  - d) emergenza sanitaria territoriale

ART. 13 BIS - COMPITI E FUNZIONI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico, nell'ambito dei compiti previsti dagli art. 45, 67, 78 e 95 del presente accordo, espleta le seguenti funzioni:
  - assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
  - si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
  - persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.
2. Le funzioni ed i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del medico.
3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale di cui all'art. 26 bis e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dall'art. 26 ter, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.
4. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'azienda sanitaria come previsto dall'art. 59 bis del presente accordo.
5. Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 59 bis, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.
6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.

**ART. 14 - CONTENUTI DEMANDATI ALLA NEGOZIAZIONE REGIONALE**

1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.
2. In armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo, e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, sono demandati alla trattativa regionale, sulla base degli indirizzi generali individuati nel presente Accordo, oltre agli specifici singoli richiami, i seguenti articoli ed Allegati ai fini della loro riorganizzazione e definizione:

Capo I:

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

Capo II:

- Art. 34 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria;
- Art. 35 - Instaurazione del rapporto convenzionale;
- Art. 37 - Sostituzioni;
- Art. 38 - Incarichi provvisori;
- Art. 40 - Scelta del medico;
- Art. 44 - Elenchi nominativi e variazioni mensili;
- Art. 46 - Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza;
- Art. 53 - Assistenza domiciliare programmata;
- Art. 54 - Forme associative dell'assistenza primaria;

Capo III:

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

Capo IV:

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

Capo V:

- Art. 92 - Individuazione e attribuzione degli incarichi;
- Art. 93 - Massimale orario;

Art. 95 - Compiti del medico - Libera professione;

Art. 97 - Sostituzioni, Incarichi provvisori - Reperibilità;

Allegato:G - Assistenza domiciliare programmata;

Allegato:H - Assistenza domiciliare integrata.

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

- a) in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
- b) in forma associativa complessa e integrata;
- b1 ) nelle forme previste dagli artt. 26 bis e 26 ter;
- c) per il rispetto di livelli di spesa programmati.

4. Gli accordi regionali possono prevedere:

- A) l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, per:
  - a) interventi sanitari relativi all'età anziana, a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività;
  - b) assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali;
  - c) processi assistenziali riguardanti patologie sociali;
  - d) assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale;
  - e) sperimentazione di iniziative di telemedicina;
  - f) partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale;
  - g) prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato D), parte "A" e "B".
- B) linee guida di priorità in merito a:
  - a) iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute nei confronti di singoli soggetti o gruppi di popolazione;
  - b) attività di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione, in particolare contro i rischi oncologici metabolici e cardiovascolari, anche mediante richiamo periodico delle persone sane.
- C) fatto salvo quanto previsto dagli art. 59 bis e 59 ter, lo svolgimento delle seguenti attività anche attraverso sistemi informatici:
  - a) partecipazione a procedure di verifica della qualità;
  - b) svolgimento di attività di ricerca epidemiologica;
  - b1 ) svolgimento di attività riferite all'erogazione di ulteriori servizi richiesti dalla Regione.
  - c) ~~attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale, presidi delle Aziende ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di~~

~~scambi telematici di informazioni sanitarie (medico generale specialista - servizi ospedalieri);~~

~~d) fornitura di flussi informativi, a fini epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.~~

5. ~~Gli accordi regionali disciplinano, in via esclusiva, la sperimentazione di ulteriori forme associative oltre a quelle previste dall'articolo 54, tra medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente Accordo. Tra le forme associative sperimentabili negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrate e complesse che prefigurino la presenza al proprio interno di differenti figure professionali mediche e non, con elementi di elevata integrazione dell'assistenza ambulatoriale o che realizzino livelli assistenziali, anche del tipo di ricovero residenziale e semi-residenziale che possano costituire alternativa al ricovero in strutture ospedaliere.~~

~~La sperimentazione delle forme associative è finalizzata anche ad utilizzare l'attività di altri operatori sanitari da parte dell'associazione per erogare prestazioni ulteriori, rispetto a quelle fornite dal medico di medicina generale, in particolare:~~

~~a) assistenza specialistica di base;~~

~~b) prestazioni diagnostiche;~~

~~c) assistenza infermieristica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;~~

~~d) assistenza sociale, integrata alle prestazioni sanitarie ove consentita in base alle norme regionali.~~

6. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.l.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati. I Livelli di Spesa Programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

Il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato, secondo il disposto del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.

7. Gli accordi regionali disciplinano la forma, le modalità di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti, in rapporto al tipo di attività svolta dal medico convenzionato, anche in forma associata. Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale può essere prevista la fornitura di personale, locali e attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui alla alinea precedente.

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

8. Gli accordi regionali disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale.
9. Nell'ambito degli accordi regionali possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale

**ART. 15 - GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI (Art.2 ACN 2018)**

1. A partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'articolo 15 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

**"ART. 15 - GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI 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 con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico e al rispetto dei tempi.

2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 17, comma 2, lettere b) e f) 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) titolo di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 5.

3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i medici di cui a) comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, 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 i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, oltre al punteggio per il titolo di cui al precedente comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere presentata ogni anno. La stessa deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'articolo 16. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il medico esprima la propria disponibilità ad essere inserito

nelle graduatorie aziendali di cui al comma 6.

4. L'amministrazione regionale o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'articolo 16, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

5. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 giorni 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 30 novembre 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 dell'anno successivo.

6. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di 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;
- 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 iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni (*art.1 ACN 2019*).

Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

7. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 6, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il

caso di adozione della procedura di cui al comma 3, ultimo capoverso. I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

8. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.

9. Il medico che accetta l'incarico in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale.

10. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei medici aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti.”

ART. 16 - TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE REGIONALI (Art. 3 ACN 2018)

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 lode o 100/100 e lode: p. 1,00
- b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p.0,50
- c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: p. 0,30
- d) specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale ai sensi del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i., per ciascuna specializzazione: p. 0,50
- e) 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
- f) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE): complessivamente p. 0,50
- g) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL): complessivamente 0,25

II. TITOLI DI SERVIZIO:

- a) attività medico di assistenza primaria, 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) attività di sostituzione del 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 c), per ciascun mese complessivo p. 0.50
- c) servizio effettivo di medico di continuità assistenziale, 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
- 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, 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 assistenziale 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  
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, (con le modalità di cui all'articolo 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ciascun mese complessivo: p. 0,20

q) servizio effettivo, svolto in paesi deU'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 e 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 dal presente articolo è determinato dalle sole ore di attività svolta ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza.

5 I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo, ad eccezione del servizio di cui alla lettera j). In caso di cumulo di titoli è valutato quello 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 nel presente allegato

## ART. 17 - INCOMPATIBILITÀ'

1. Ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che:

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

2. È, inoltre, incompatibile il medico che:

- a) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta o di attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti limiti e deroghe al disposto di cui alla presente lettera;
- b) fruisca del trattamento 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 (ACN 2018);
- c) operi, a qualsiasi titolo, salvo diversi accordi regionali, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate; tale incompatibilità opera nei confronti dei medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali ma solo nei confronti dei propri assistiti, e determina le conseguenti limitazioni del massimale;
- d) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni;
- e) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale, fatto salvo quanto previsto all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 (**modifica del 2019**), o ai corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;

- f) fruiscia di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM (ACN 2018).

3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.L.vo n. 626/94, fermo quanto previsto dall'art. 39 in tema di limitazione di massima, non può acquisire nuove scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi.

4. Non è consentito ai medici convenzionati ai sensi del presente Accordo di detenere più di due rapporti convenzionali tra quelli da esso previsti. Gli incarichi a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale sono incompatibili con tutti gli altri rapporti convenzionali di cui al presente Accordo.

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

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

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

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

9. E' incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che:

- a) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati;
- b) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

10. La disciplina negoziale delle singole professioni afferenti il presente Accordo non può derogare alle disposizioni del precedente comma. Le clausole difformi sono abrogate fatta salva la norma finale n. 10 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

*(Norma finale n. 10 ACN 2005: I medici dei servizi territoriali che alla data del l'entrata in vigore del presente Accordo sono titolari anche di incarico orario nell'ambito della medicina specialistica ambulatoriale, mantengono il doppio incarico nel limite massimo di 38 ore settimanali complessive e cumulative.*

*La compatibilità di cui al comma precedente cessa al mutare delle condizioni soggettive riferibili agli incarichi convenzionali.*

*1. In coerenza con il disposto dell'art. 5, lettera g) e dell'art. 6, lettera g) del presente Accordo, la formazione dei Collaboratori di studio è riconosciuta essere una priorità ad alto valore aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale ed un investimento strategico per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale nei confronti dei cittadini.*

*2. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere previste iniziative volte a realizzare l'attività di cui al comma 1, anche mediante definizione di linee guida contenutistiche di livello nazionale o regionale volte a realizzare una formazione specifica del personale di studio tale da rendere gli addetti sempre più qualificati e funzionali allo sviluppo delle attività dei medici di famiglia nel Servizio Sanitario Nazionale.*

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

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

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

- a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 30;
- b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art. 9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;
- c) per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonché nei casi di servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;
- d) in caso di emissione, da parte della Autorità Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della libertà personale, quali arresti domiciliari, custodia cautelare in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attività convenzionale o nel territorio dell'Azienda, che impediscano il corretto svolgimento dell'attività convenzionata di studio e domiciliare;

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

- a) in caso di malattia o infortunio non occorsi nello svolgimento delle attività professionali convenzionate, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;
- b) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del medico di incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi o di dirigenza nel Distretto o nell'ambito delle altre strutture organizzative e gestionali del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, anche ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale.
- c) per la durata complessiva della inabilità temporanea totale, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale;
- d) per inabilità temporanea o permanente che derivi da causa di servizio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque.
- e) partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale aventi carattere istituzionale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
- f) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 20 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale e che siano preventivamente autorizzati

dall'Azienda.

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

- a) Allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
- b) Adozione di minore nei primi 12 mesi dall'adozione;
- c) Assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
- d) Assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilità pari al 100% e titolari di indennità di accompagnamento.

4. Il medico in stato di gravidanza, convenzionato ai sensi del presente Accordo, può richiedere la sospensione dell'attività convenzionale per tutto o per parte del periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti e con sostituzione totale o parziale della propria attività lavorativa.

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

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

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

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

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

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

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

12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore

Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.

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

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

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

## ART. 19 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE

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

- a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.L.vo n. 229/99, che è facoltà del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.L.vo 30/12/92, n. 503;
- b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 30;
- c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso in caso di trasferimento e di due mesi negli altri casi;
- d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 17;
- e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 36;
- f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della legge n. 295/90. Il componente della medicina generale, di cui all'art. 1, comma 3 della legge citata, è nominato dal Comitato aziendale;
- g) per accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'art. 30;
- h) per mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale per i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'art. 24, commi 5 e 6 del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 (**modifica 2019**).

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

- a) l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente accordo e dagli accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso;
- b) l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente Accordo.

3. Il medico che, dopo tre cinque anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di assistenza primaria non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 300 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo la cui valutazione è demandata al Comitato Aziendale di cui all'art. 23. Il provvedimento è adottato dalla competente Azienda ~~sentiti~~ sentito l'interessato e ~~il comitato di cui all'art. 23.~~
4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo per un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.
5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'albo professionale.
6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.

## ART. 20 - FORMAZIONE CONTINUA

1. La formazione professionale in medicina generale, universitaria, complementare e continua, riguarda la crescita culturale e professionale del medico e le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato- Regioni.
2. Le Regioni, promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza Stato- Regioni sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.
3. Le Regioni possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e per le parti di rispettiva competenza, attività formative del Medico di Medicina Generale, nelle seguenti aree:
  - a) insegnamento universitario di base pre-laurea
  - b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
  - c) formazione specifica in Medicina Generale
  - d) Aggiornamento e audit
  - e) Ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.
4. Le regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici di medicina generale che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo per garantirne coerenza ed efficienza. A tal fine le Regioni, sulla base degli accordi regionali, assicurano l'attività formativa e di ricerca dei medici di medicina generale mediante adeguati modelli organizzativi, e possono altresì dotarsi di appositi Centri Formativi Regionali, con l'obiettivo di:
  - a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
  - b) formare e/o accreditare i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor);
  - c) garantire la formazione specifica in medicina generale;
  - d) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Medicina generale
  - e) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai medici di medicina generale.
5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico di medicina generale ai sensi del presente Accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il medico è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come

obiettivi quelli definiti al comma 1 del presente articolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni.

15. Gli Accordi regionali definiscono:

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

16. Le attività didattiche indicate al comma precedente non comportano riduzione del massimale individuale.

## ART. 21 - DIRITTI SINDACALI

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

## ART. 22 - RAPPRESENTATIVITÀ' SINDACALE

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della "maggiore rappresentatività", ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sottolineata la necessità di garantire il più alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni e Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.
2. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai medici convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1 Gennaio di ogni anno.
3. Entro il mese di febbraio di ciascun anno, mediante comunicazione delle stesse Aziende, la consistenza associativa viene trasmessa alla Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), all'Assessorato Regionale alla Sanità ed alle Segreterie Nazionali delle Organizzazioni Sindacali
4. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale.
5. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa è riferita ai dati rilevati nell'anno precedente.
6. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
7. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali l'elenco dei medici ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.
8. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in c/c intestato ai tesoriери dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.
9. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.
10. Le organizzazioni sindacali firmatarie ~~del presente accordo~~ dell'accordo di rinnovo del biennio economico 2008-2009 (ACN 2010), in possesso dei requisiti di rappresentatività cui al comma 6 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi regionali.

11. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo regionale.

12. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 6 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli Accordi come tale, è rappresentata alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione soggettiva resti invariata.

## ART. 23 - COMITATO AZIENDALE

1. In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, è costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale. I compiti e le modalità di funzionamento del comitato sono definite dagli Accordi regionali.
2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
3. Il comitato aziendale esprime pareri obbligatori in merito a:
  - a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 39;
  - b) motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 41, comma 4;
  - c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera e) e comma 3;
  - d) deroghe di cui all'art. 35, comma 12, all'obbligo di residenza;
  - e) variazione degli ambiti di scelta;
  - f) individuazione delle zone disagiate.
4. Inoltre il comitato aziendale è preposto alla definizione degli accordi aziendali, ad esprimere ogni altro parere e ad espletare ogni altro incarico attribuitogli dal presente accordo o da accordi regionali o aziendali.
5. Il comitato esprime pareri sui rapporti convenzionali di assistenza primaria, di continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi e attività programmate territoriali.
6. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato aziendale

#### ART. 24 - COMITATO REGIONALE

1. In ciascuna regione è istituito un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 22.
2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
3. Il comitato permanente è preposto:
  - a) alla definizione degli accordi regionali;
  - b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo e degli accordi regionali;
  - c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
  - d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da medici di medicina generale, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.
4. L'attività del comitato permanente è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'accordo nazionale e degli accordi regionali ed è sede di osservazione degli accordi aziendali.
5. La regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al comitato regionale.

## ART. 25 - PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ'

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtù della autonomia tecnicogestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda, il "Programma delle attività Territoriali" nel rispetto delle normative regionali, prevede:

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

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

- a) attività di formazione, informazione, e revisione fra pari dei medici di medicina generale;
- b) prestazioni aggiuntive dei medici di medicina generale, ~~comprese~~ incluse quelle informatiche, non ricomprese agli artt. 59 bis e 59 ter di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;
- c) servizi di supporto alla attività dei medici di medicina generale, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
- d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;
- e) progetti obiettivo nazionali, regionali e aziendali;
- f) progetti a livello di spesa programmato;
- g) ~~sviluppo delle~~ forme associative nelle condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica;
- h) ~~sviluppo e potenziamento degli standard informativi dei medici di medicina generale~~
- i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici e assistenziali;

- j) conferenze di consenso nell'ambito del Distretto;
- k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio fino all'attivazione delle Unità Complesse di cui all'art. 26 ter;
- l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

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

- a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la medicina generale non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli accordi regionali e aziendali;
- b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai medici di medicina generale;
- c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la medicina generale;
- d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del medico nella Azienda stessa o in altra Azienda.

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

5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:

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

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

art. 14, comma 6.

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

8. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione di quanto previsto dal presente articolo, secondo il disposto dell'art. 14.

## Art. 26 - EQUIPES TERRITORIALI

1. Le Regioni e le Aziende, attraverso la istituzione di équipes territoriali, realizzano forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.
2. In coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 le Regioni prevedono, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di assistenza primaria (UTAP), strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.
3. L'équipe territoriale è:
  - a) strumento attuativo della programmazione sanitaria;
  - b) momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.
4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
5. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale e dell'UTAP, intesa come organismo operativo distrettuale, viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operatività delle stesse per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività distrettuali", che comprende oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali e aziendali.
6. Al fine di assicurare l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della équipe territoriale fanno parte le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni:
  - a) l'assistenza primaria;
  - b) la continuità assistenziale;
  - c) la pediatria di libera scelta;
  - d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
  - e) la medicina dei servizi;
  - f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.
7. L'intervento coordinato e integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:
  - a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;

- b) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- c) tutela dei disabili e anziani;
- d) patologie in fase terminale;
- e) patologie da HIV;
- f) tutela della salute mentale;
- g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

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

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

## ART. 26 BIS - AGGREGAZIONE FUNZIONALE DELLA MEDICINA GENERALE

1. Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

2. I medici di medicina generale partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.

3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:

- riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;
- popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.

4. Nell'ambito dell'aggregazione di cui al presente articolo è individuato un delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale.

5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei medici alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3 nonché la scelta del delegato di cui al comma 4.

6. I medici aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical overnance";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:

- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei

risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;

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

## ART 26 TER - REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL'UNITA' COMPLESSA DELLE CURE PRIMARIE

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

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

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

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

convenzionati;

- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;

- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;

- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.

ART. 26 QUATER - ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP (Art. 1 ACN 2010)

1. Nelle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) di cui all'art. 26ter ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, è istituito il ruolo del referente unico scelto tra i medici dell'UCCP in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno cinque anni.
2. Gli Accordi regionali individuano le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'UCCP definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte delle Aziende Sanitarie, stabilendo anche il compenso da corrispondere.
3. Il referente unico si avvale della collaborazione dei coordinatori delle Aggregazioni Funzionali di cui all'art. 26bis ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.
4. L'onere del compenso di cui al comma 2 viene finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali dal presente rinnovo contrattuale.

ART. 26 QUINQUIES - IMPIEGO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELL'ASSISTENZA  
DOMICILIARE E RESIDENZIALE E NELLE UCCP (Art. 7 ACN 2010)

1. Nell'ambito della UCCP, lo specialista ambulatoriale ha il compito di garantire l'assistenza specialistica definita dalla programmazione aziendale ai pazienti assistiti dall'UCCP, presso la sede della stessa, a domicilio o presso altre strutture residenziali.
2. L'attività dello specialista ambulatoriale nell'ambito della UCCP si svolge in accordo con l'attività degli altri medici convenzionati operanti nella medesima UCCP (medicina generale, pediatria di famiglia, ecc.) e viene coordinata dal referente della stessa UCCP.

## ART. 27 - APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE

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

- a) realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio in ragione della programmazione regionale;
- b) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali;
- c) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
- d) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

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

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

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

5. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 25, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda

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

- a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
- b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

7. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

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

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

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

a) Quota fissa oraria - in relazione a quanto previsto dai rispettivi Capi del presente Accordo - o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente accordo;

b) Una quota variabile in funzione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui all'art. 8, comma 1, lett. f) del decreto legislativo sopra richiamato;

c) Una quota variabile in funzione delle prestazioni e delle attività previste nel presente accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) sopra richiamata.

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

## ART. 29 - FUNZIONI DELLE MEDICINA GENERALE

1. Il ruolo della Medicina Generale nel sistema sanitario è orientato:

- a) al superamento della logica dell'intervento rivolto alla erogazione della singola prestazione a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino attraverso un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema;
- b) alla valorizzazione delle cure primarie e al coinvolgimento decisionale del Medico di medicina generale in ordine all'appropriatezza e all'efficacia della pratica professionale e nelle scelte in merito all'allocazione delle risorse;
- c) a garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso la organizzazione distrettuale del servizio ed il coordinamento operativo e la massima integrazione dell'attività professionale tra i medici della medicina generale e tra essi e gli altri professionisti dell'assistenza territoriale.

2. Lo sviluppo condiviso di forme associative, la qualificazione di standard strutturali ed operativi, il raggiungimento di obiettivi favoriscono lo svolgimento delle funzioni e dei compiti affidati al medico di medicina generale e migliorano la risposta territoriale ai bisogni assistenziali del cittadino.

3. I medici associati di cui all'art. 54 sono soggetti qualificati a proporre iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione, nell'ambito degli accordi regionali e aziendali.

4. I medici singoli ed associati fanno parte di centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per partecipare al raggiungimento di specifici obiettivi del Distretto.

5. Le Aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, con la partecipazione dei medici individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e conseguenti livelli di spesa programmati dei medici, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto, verificandone il raggiungimento di risultato.

6. Sulla base di accordi regionali, sono individuate specifiche attività di tutela dei soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario, ivi compresi gli extracomunitari in attesa di regolarizzazione.

7. Il medico di medicina generale svolge compiti clinici, assicura la comunicazione con i pazienti e gestisce gli strumenti professionali.

8. ~~I compiti assistenziali del medico di medicina generale sono quelli di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza:~~

- ~~a) gestione del paziente ammalato in condizioni acute;~~

~~b) gestione delle patologie croniche;~~

~~c) gestione dei malati, nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata.~~

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

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

2. Per la valutazione delle violazioni delle norme di cui al presente Accordo e degli Accordi regionali ed Aziendali, è istituita una commissione regionale paritetica permanente, denominata Collegio arbitrale, composta da:

- a) un Presidente, nominato dall'Assessore alla Sanità, o organo competente, e scelto tra una rosa di tre rappresentanti indicati dall'ordine degli avvocati del capoluogo di Regione;
- b) 3 componenti di parte pubblica nominati dall'Assessore Regionale alla Sanità o organo competente;
- c) 3 componenti di parte medica, di cui 2 designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, tra i medici di medicina generale della Regione ed 1 designato dall'Ordine dei Medici del capoluogo di Regione con funzione di vicepresidente.

3. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario regionale.

4. Le violazioni di natura occasionale danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:

- a) richiamo verbale;
- b) richiamo con diffida per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale.

5. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza. Il medico ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito se lo richiede.

6. ~~Il Responsabile aziendale della struttura di riferimento del medico~~ Il Direttore Generale dell'ATS, valutate le controdeduzioni addotte dallo stesso e sentito l'Ufficio di Coordinamento, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 30 giorni dalla sua assunzione.

7. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:

- a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni

che hanno comportato il richiamo con diffida;

b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;

c) revoca del rapporto per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 30 19, comma 2, e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto.

8. Le violazioni di cui al precedente comma 7, sono di competenza del Collegio di cui al comma 2, previa istruttoria da parte dell'Azienda.

9. Il collegio è nominato con provvedimento regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo. La Regione provvede a raccogliere le designazioni delle Organizzazioni sindacali del presente Accordo, entro un termine da essa stabilito. Trascorso tale termine, in caso di mancata designazione unitaria da parte delle Organizzazioni sindacali, la Regione provvede direttamente a nominare i componenti anche di parte sindacale secondo il criterio della maggiore rappresentatività.

10. In caso di mancata indicazione dei componenti di parte sindacale, la Regione provvede autonomamente con nomina tra i medici convenzionati della Regione.

11. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza, e chiede al Collegio arbitrale l'apertura di un procedimento a carico del medico quando le sanzioni comminabili siano quelle previste al comma 7.

12. Il Presidente, ricevuta la notifica dell'Azienda, convoca il collegio entro 10 giorni, per la discussione del caso. Il Collegio, a sua volta, convoca il medico a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi 20 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito da parte della ASL.

Qualora il medico non produca alcuna controdeduzione o non si presenti innanzi al Collegio, quest'ultimo dà corso comunque alla valutazione del caso.

13. Le parti possono richiedere al Collegio di essere sentite in merito al caso in oggetto, eventualmente producendo i documenti o le memorie ritenute più appropriate, anche attraverso l'assistenza di un procuratore.

14. Il Collegio può deliberare di udire le parti singolarmente o in contraddittorio al fine di pervenire ad un giudizio appropriato sul caso in esame, anche su richiesta di una delle parti.

15. Il Collegio, valutate le controdeduzioni eventualmente addotte dal medico in sede di difesa procede all'archiviazione del caso o alla proposta di sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 15 giorni dalla sua assunzione.

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

17. Il procedimento di cui al presente articolo deve concludersi entro 180 giorni dalla contestazione dell'addebito al medico. Trascorso tale termine il procedimento si estingue.

18. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato.

19. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 7, lett. b), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto e al sostituito secondo quanto previsto dal comma 2 dell'Allegato C.

20. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi, un anno per quelle di cui comma 4 e due anni per quelle di cui al precedente comma 7, dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro irrogazione.

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

Art. 31 - ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO (Art. 4 e 11 ACN 2018)

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 1 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale."

ALLEGATO 1 - ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA 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, per l'insieme delle prestazioni individuate come indispensabili e fissano i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.
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) assistenza primaria;

- b) continuità assistenziale;
- c) emergenza sanitaria territoriale;
- d) medicina dei servizi territoriali;
- e) assistenza negli istituti penitenziari (\*).

2. Nell'ambito dei suddetti 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:

3. assistenza primaria: visite domiciliari avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento del paziente, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali;

4. continuità assistenziale: prestazioni di cui all'articolo 67 nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali, in particolare l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza domiciliare programmata a malati terminali;

5. emergenza sanitaria territoriale: tutte quelle di cui all'articolo 95 del vigente ACN per gli aspetti inerenti il soccorso urgente;

6. medicina dei servizi: tutte quelle rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale;

7. 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

#### EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CONTINGENTI DI PERSONALE

1. Le prestazioni minime indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo vengono erogate da ciascun medico di assistenza primaria in riferimento ai propri assistiti in carico.

2. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente ai medici di continuità assistenziale, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale ed i medici operanti negli istituti penitenziari (con decorrenza dalla costituzione dell'apposito settore), 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.

3. In conformità ai protocolli di cui al comma precedente 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 continuità assistenziale e all'emergenza sanitaria territoriale, va mantenuto in servizio il personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno in cui viene effettuato lo sciopero (contingente pieno).

#### 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 spontanea 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 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 48 (quarantotto) 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 72 (settantadue) ore. 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 della assistenza primaria, 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 per il servizio;
- d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono consentite tutte le forme di sciopero che garantiscono il rispetto dei diritti costituzionali;
- e) 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 le 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.

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

7. L'adesione allo sciopero 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 dello sciopero medesimo.

9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai medici di assistenza primaria una percentuale del compenso previsto per essi

dall'articolo 59 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

## 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 svolgere 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. Il tentativo si considera altresì esplicito 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.
5. 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.
6. Il tentativo si considera altresì esplicito 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.
7. 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.
8. 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 secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.
9. 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.
10. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra

individuare, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.

11. 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. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le necessità organizzative delle Aziende sanitarie, 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, fatta eccezione per i medici iscritti alla organizzazione sindacale che ha proclamato o aderito allo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione.

## ART. 32 - ASSISTENZA AI TURISTI

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

## CAPO II

### L'ASSISTENZA PRIMARIA

#### ART. 33 - RAPPORTO OTTIMALE

1. La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, come definita dalla Regione.
2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria è organizzata in via prioritaria per ambiti comunali, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78.
3. Le Regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti. L'ambito di scelta deve essere di norma Intradistrettuale, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area e dello sviluppo delle forme associative tra i medici della medicina generale.
4. Ciascuna Azienda cura la tenuta degli elenchi dei medici convenzionati per l'erogazione dell'assistenza primaria, i quali, ai fini dell'esercizio della scelta del medico da parte del cittadino, sono articolati nei medesimi ambiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 1, 2 e 3.
5. L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 7.000 abitanti anagraficamente residenti. Per motivi geografici, di viabilità, di distanza tra comuni, di difficile percorrenza delle vie di comunicazione, di parcellizzazione degli insediamenti abitativi o per altre valide condizioni, le Regioni possono individuare ambiti territoriali con popolazione inferiore a 7.000 unità ma comunque mai inferiore a 5.000.
6. Nei comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel comune, sulla base dei parametri di cui al comma 9.
7. La determinazione del numero dei medici iscrivibili in comuni comprendenti più Aziende, viene determinata sommando i medici iscrivibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale sulla base della propria popolazione di riferimento. Eventuali frazioni di popolazione di ciascuna Azienda, inferiori a 500 abitanti, possono concorrere, sommandosi, alla determinazione di carenza di medici nell'intero ambito comunale, da dichiararsi da parte della o delle Aziende con il resto più elevato.
8. Il medico operante in un comune comprendente più Aziende, fermo restando che può essere iscritto nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte in tutto l'ambito comunale ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.
9. Fino alla stipula dei nuovi Accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere, per ciascun ambito

territoriale può essere iscritto solamente un medico ogni 1000 abitanti residenti o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria e per l'intero territorio regionale un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque fino ad un aumento massimo del 30%.

10. Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche dei differenti valori di massimale e delle eventuali autolimitazioni di massimali già dichiarate ed esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, derivanti dall'applicazione dell'art. 39 a carico dei singoli medici già iscritti nell'elenco. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato B.

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

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

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

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

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

ART. 34 - COPERTURA DEGLI AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (Art. 4 ACN 2018)

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 33.

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, in sede di pubblicazione degli 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 assistenza primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento:

b] i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

c] i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.

6. I medici già titolari d'incarico di assistenza primaria 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 assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione

dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

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 15;

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.

9. I medici di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al momento della laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

10. 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.

11. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

12. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella 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 ed infine i medici di cui al comma 5, lettera c) con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

13. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

14. 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.

15. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 13, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 14, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

16. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al

comma 13 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.

17. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati.

La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC parte dei medici, purché non titolari di altro tempo indeterminato ai sensi del presente capo.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;

b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età al momento della laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, successivamente nella Regione e fuori Regione;

17-bis. In caso di mancata assegnazione degli incarichi sulla base delle procedure di cui ai commi precedenti possono concorrere al conferimento i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12.

Successivamente, gli eventuali incarichi rimasti vacanti sono attribuiti ai medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

I medici in formazione, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione sul sito istituzionale della Regione dell'elenco degli ambiti territoriali ancora vacanti, possono presentare domanda di assegnazione di incarico, secondo le modalità di cui all'articolo 34, comma 4, esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale.

17-ter. I medici di cui al comma 17-bis sono graduati, nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso, in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea ed all'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale è corrisposto il compenso di cui all'articolo 59

18. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui *ai* commi 17, 17-bis e 17-ter.

19. Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

20. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in assenza di tale definizione mediante telegramma, raccomandata A/R o PEC, 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.

21. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

22. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

23. 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 21.

24. Qualora l'incarico venga assegnato ad un medico già titolare in altra Regione di incarico di continuità assistenziale, la Regione, o il soggetto individuato, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e dei conseguenti effetti.

25. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai comma 1 e 17-bis e 17-ter, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo.

## ART. 35 - INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE

1. Il medico interpellato ai sensi dell'art. 34 deve, a pena di decadenza, indicare e dichiarare, in sede di convocazione, l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico.
2. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, invia gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce l'incarico a tempo indeterminato, condizionato al possesso dei requisiti di cui al comma 3, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con provvedimento del Direttore Generale, che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, ricevimento dal quale decorre il termine di 90 giorni previsto dal comma successivo.
3. Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 2, il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al comma 12, deve:
  - aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 34 comma 11, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 36 e darne comunicazione alla Azienda;
  - richiedere il trasferimento della residenza o eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
  - comunicare l'Ordine professionale provinciale al quale è iscritto.
4. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni di cui al comma 9, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.
5. Il medico al quale sia definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco relativo all'ambito territoriale carente della Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa.
6. Al medico è fatto divieto di esercitare le attività convenzionate ai sensi del presente accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto, escluso il caso di cui all'art. 33, comma 14.
7. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
8. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali,

possono consentire, sentito il Comitato di cui all'art. 23, temporanee proroghe al termine di cui al comma 3, entro il limite massimo di ulteriori sessanta giorni.

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

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

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

12. Fatte salve diverse determinazioni regionali, nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza o il domicilio in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del comitato di cui all'art. 23 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

13. Al medico al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza primaria nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui elenco il medico è iscritto.

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

15. Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla

data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo. (modifiche 2019)

16. In deroga a quanto previsto dall'articolo 17, comma 4 del presente Accordo, ai medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale può essere attribuito un solo incarico in rapporto di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale (modifiche 2019).

## ART.36 - REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI

1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio cui all'art. 59, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del medico di medicina generale, ancorché destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, è uno studio professionale privato che deve possedere i requisiti previsti dai commi che seguono.

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

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

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

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

5 ore settimanali fino a 500 assistiti.

10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti.

15 ore settimanali da 1000 e 1500 assistiti.

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

I medici che aderiscono a forme associative della medicina generale sono tenuti a garantire

l'apertura dello studio secondo le determinazioni previste e definite in sede di contrattazione regionale per le singole tipologie di associazione.

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

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

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

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

10. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere previste le modalità di erogazione di prestazioni medico specialistiche in regime di accreditamento con contratto tra medici di cure primarie, operanti in forma associata, ASL e aziende erogatrici pubbliche e/o private accreditate del medesimo ambito territoriale. La sperimentazione è finalizzata alla integrazione dei vari attori responsabili del governo clinico del soggetto. Lo strumento primario di integrazione riguarda la definizione e l'utilizzo di linee guida diagnostico terapeutiche condivise. Gli accordi specifici devono far riferimento ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, necessari al funzionamento delle unità di offerta sperimentali, e derivanti dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazione ed accreditamento.

## ART. 37 - SOSTITUZIONI

1. Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi. Il medico sostituito comunica, in uno con la dichiarazione di assenza dal servizio, la motivazione della stessa tra quelle previste dall'art. 18 del presente Accordo.
2. Il medico sostituto deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista dall'articolo 17, salvi diversi accordi regionali che stabiliscono anche il limite delle scelte che possono essere poste a carico del medico sostituto.
3. Nella nomina del proprio sostituto, il titolare deve avere cura di scegliere per i propri assistiti un medico che garantisca un adeguato livello di qualità professionale. Ove possibile il medico sostituto deve avere i requisiti per accedere alla graduatoria della medicina generale.
4. Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituito, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo. Il medico sostituto deve inoltre dichiaratamente garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del medico sostituito.
5. Nel caso di sostituzione tra medici di assistenza primaria già titolari di incarico, il sostituito dovrà comunicare adeguatamente ai propri assistiti le modalità della sostituzione secondo le modalità organizzative del medico di famiglia che effettua la sostituzione.
6. Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non possa essere effettuata dal medico di medicina generale, sia svolta da un medico iscritto negli elenchi dei pediatri di libera scelta, i compensi allo stesso sono corrisposti secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.
7. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
8. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 15.
9. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa.
10. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli accordi Regionali e da quelli Aziendali.

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

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

13. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 14; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale e secondo il trattamento economico previsto dal successivo comma 14.

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

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

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

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

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

## ART. 38 - INCÀRICHI PROVVISORI

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art. 23, può conferire ad un medico residente nell'ambito territoriale carente, scelto nel rispetto della graduatoria regionale di settore o, se esistente, alla graduatoria di disponibilità di cui all'art. 15, ~~comma 12~~ (ACN 2018), del presente Accordo, un incarico temporaneo.
2. Tale incarico, di durata comunque inferiore a dodici mesi, cessa alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento. Al medico di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 59, lettera "A", comma 1.
3. Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio, i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria regionale di settore o, se esistente, della graduatoria di disponibilità, a seguire rispetto al medico precedentemente incaricato.
4. L'incarico di cui al comma 1 non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli medici iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale non supera le 300 unità. In tal caso si applica il disposto dell'articolo 39, comma 3.
5. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
6. Ai medici di cui al precedente comma 1, che siano chiamati a ricoprire un incarico provvisorio, l'Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso, ed usualmente utilizzata, nell'ambito territoriale relativo.
7. Qualora in un ambito territoriale si determinino le condizioni previste al comma 1, l'Azienda è tenuta ad informare, entro 20 giorni dall'evento, i cittadini interessati dalla carenza di assistenza della necessità di procedere ad una nuova scelta del medico tra tutti quelli incaricati nell'ambito territoriale interessato, anche attraverso annunci sui quotidiani, manifesti nei comuni e negli altri luoghi pubblici e, ove ritenuto opportuno, mediante comunicazione diretta agli assistiti.

#### ART. 39 - MASSIMALE DI SCELTA E SUE LIMITAZIONI

1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari o inferiori a 1.500 unità, secondo quanto previsto per le singole fattispecie definite dal presente articolo.
2. I medici che avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale di 1800 scelte ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 rientrano nel massimale di 1.500 scelte gradualmente mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
3. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il comitato aziendale di cui all'art. 23, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5, della Legge n. 833/78, e per un tempo determinato, non superiore comunque a mesi sei.
4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga attività orarie compatibili con tale iscrizione diverse da quelle disciplinate dal presente Accordo, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, sulla base del disposto del successivo comma.
5. Tenuto conto del disposto dell'articolo 58 del presente Accordo in materia di libera professione, l'impegno orario libero-professionale non può determinare una riduzione del massimale di scelte inferiore al rapporto ottimale.
5. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario compatibili di cui al precedente comma 4 e per attività di libera professione strutturata si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 1.500 scelte per 40 ore settimanali.
6. I medici possono autolimitare il proprio massimale, che non può essere inferiore al rapporto ottimale di cui agli Accordi regionali, come previsto all'articolo 33, comma 9. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.
7. Le autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo devono essere formalmente adeguate dal medico interessato al disposto del precedente comma 6 entro 2 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Accordo. In difetto di tale adempimento provvede l'Azienda, che ne dà comunicazione al medico interessato, anche ai fini della applicazione delle norme sulle incompatibilità di cui all'articolo 17 del presente Accordo.
8. Ai medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, è consentita la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano

convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/91), alle condizioni e nei limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, così come disposto dall'articolo 33.

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

10. La disposizione di cui al comma 9 non si applica ai medici che, soggetti alla norma relativa, rinunciano all'incarico compatibile entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.

11. Le scelte temporanee di cui all'articolo 40, commi 5 e 12 non concorrono alla determinazione del massimale individuale.

12. Non concorrono alla determinazione del massimale individuale le scelte dei minori tra 0 e 6 anni.

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

14. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 9, comma 2, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 nonché dall'articolo 12, comma 4 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, le Regioni, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, possono prevedere limitazioni del massimale di assistiti in carico ovvero organizzare i corsi a tempo parziale, prevedendo che l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica di medicina generale. A tal fine, in caso di previsione di limitazione del numero di assistiti in carico, si applica il massimale di 500 scelte limitatamente al restante periodo di frequenza del corso, fatta salva la possibilità per le Regioni, in base alla loro programmazione, di incrementare tale limite fino ad un massimo del 30%, secondo modalità da definire nell'AIR (modifiche 2019).

## ART. 40 - SCELTA DEL MEDICO

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistito sono fondati sul rapporto di fiducia.
2. Il rapporto di fiducia tra medico e assistito si fonda anche sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti reciproci. A tal fine, e per maggiormente radicare il rapporto tra medico e cittadino, le Aziende promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, una corretta informazione agli assistiti sulla opportunità di avviare preliminarmente alla scelta una diretta conoscenza del medico e, a margine della scelta effettuata, promuovono la informazione sull'organizzazione dei servizi aziendali e sulle modalità organizzative della medicina generale, mediante consegna della Carta dei servizi.
3. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini, sullo status del medico, sul suo curriculum personale e professionale, sulle caratteristiche dell'attività professionale (ubicazione ed orario dello studio, aderenza a forme associative, utilizzo di procedure informatiche, disponibilità telefonica, disponibilità del personale di studio, caratteristiche strutturali e strumentali, ecc.).
4. Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per se e per i propri familiari o soggetti anagraficamente conviventi il medico di fiducia fra quelli iscritti nell'elenco, definito ai sensi dell'art. 33, relativo all'ambito territoriale di residenza.
5. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato e ha validità pari a quella del permesso di soggiorno.
6. La scelta di cui al comma 5 è automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno.  
Il medico è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.
7. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito già in carico al medico di medicina generale possono effettuare la scelta a favore dello stesso medico anche in deroga al massimale o quota individuale, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare.
8. Le scelte in deroga, comunque acquisibili, non possono superare in nessun caso il 5% del massimale individuale del medico, fermo restando quanto previsto dell'art. 39, comma 2.
9. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
10. L'Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 23 e acquisita

l'accettazione del medico di scelta, consente che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente per esplicita richiesta di prosecuzione del rapporto fiduciario da parte dell'assistito o quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolano la normale erogazione dell'assistenza.

11. La scelta per i cittadini residenti ha validità annuale, salvo revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.

12. Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 1 anno, fatte salve documentate situazioni di maggiore durata del permesso di soggiorno, alla quale sarà adeguata la durata della scelta provvisoria, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta è espressamente prorogabile.

#### ART. 41 - REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda. Contemporaneamente alla revoca l'assistito deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
2. Modalità per garantire la continuità dell'assistenza tra medico revocato e medico scelto, nel primario interesse del cittadino, sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.
3. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b), D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
4. Non è consentita la ricusazione quando nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del Comitato di Azienda di cui all'art. 23.
5. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima.
6. Il medico di assistenza primaria può comunicare all'azienda l'avvenuto decesso del proprio assistito del quale egli abbia certificato la morte, salvo verifica presso l'anagrafe comunale di residenza dell'assistito deceduto, ai fini della cancellazione della relativa scelta e di una sollecita operazione di aggiornamento degli elenchi del medico interessato.

## ART. 42 - REVOCHE D'UFFICIO

1. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 526/1982, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda sono riattribuite automaticamente al medico dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, e fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.

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

3. Differenti modalità di gestione delle scelte temporaneamente sospese possono essere concordate nell'ambito degli Accordi regionali.

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

5. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere concordate modalità di tutela dei medici massimalisti dalla indisponibilità alla acquisizione di nuove scelte dovuta a ritardo nella comunicazione delle cancellazioni per morte di assistiti del proprio elenco.

6. In caso di trasferimento di residenza, l'Azienda presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.

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

7. L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al medico ed al cittadino interessati tempestivamente e comunque entro 3 mesi dall'evento.

8. Nel caso di trasferimento di residenza in comuni di ambiti territoriali diversi all'interno della medesima Azienda, la revoca non si applica d'ufficio ma solo in presenza di una nuova scelta in favore di altro medico, con decorrenza dalla data di quest'ultima.

9. Le revoche conseguenti ai cambiamenti di residenza all'interno della Azienda e tra aziende limitrofe sono disciplinate con accordi regionali. Nel caso in cui l'ambito comunale sia comprensivo di più Aziende si intende per Azienda limitrofa il medesimo ambito comunale.

10. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione

decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

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

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

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

14. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo hanno corso nella misura massima del 20% dei compensi mensili, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali, fatto salvo eventuale differente accordo, in merito alla modalità di ripetizione delle somme, tra il medico interessato e l'Azienda.

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

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

#### ART. 44 - ELENCHI NOMINATIVI E VARIAZIONI MENSILI

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

## ART. 45 - COMPITI DEL MEDICO

1. Le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:
  - a) servizi essenziali: gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute
  - b) gestione dei malati nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata: assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati "G" e "H";
  - c) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 53, comma 1, lett. c);
2. L'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma 1 si realizza con:
  - a) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero nelle sue varie fasi;
  - b) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 59, lettera B, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del SSN, secondo standard nazionali e regionali e modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali; ~~nonché l'utilizzazione della Carta nazionale dei Servizi, prevista dal comma 9 art. 52 della Legge 27 Dicembre 2002, n. 289 e della tessera del cittadino secondo quanto previsto dall'art. 50 della Legge 24 novembre 2003 n. 326;~~
  - b1) l'adempimento di quanto previsto agli artt. 59 bis e 59 ter;
  - c) la disponibilità per gli assistiti, nei locali dello studio medico, della carta dei servizi definita dagli Accordi regionali in merito ai compiti ed ai doveri e diritti del medico e dei cittadini;
  - d) la partecipazione alle forme organizzative territoriali, con le modalità e secondo quanto disposto ~~dal successivo comma 3~~ dal terzo comma dell'art. 13 bis.
  - ~~e) l'aggregazione incontri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per specifici obiettivi del Distretto~~
  - f) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
  - g) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente.
  - h) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;
  - i) le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 2 aprile 1981, n. 155 sono rilasciate utilizzando i moduli allegati sub allegato "F"

fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80 per i lavoratori del settore privato;

- j) la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove previste;
- k) le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli accordi regionali;
- l) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, la conoscenza del Servizio sanitario nazionale, e regionale, (con idoneo supporto delle aziende) incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
- m) l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché l'adesione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale;
- n) l'adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende;
- o) la partecipazione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti, anche economici, del raggiungimento, o meno, degli obiettivi;
- p) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "D";
- q) l'assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali ed al fondo di cui all'art. 59;
- r) le visite occasionali, secondo l'art. 57, comma 4;
- s) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico.

~~3-In merito a quanto previsto dal precedente comma 2, lettera e) sono individuate sostanzialmente due diverse tipologie di forme organizzative: funzionali e strutturali. La prima si caratterizza per la possibilità che hanno tutti i medici di parteciparvi (vedi equipe territoriali) e per la prevalenza delle attività di cure domiciliari. Per tali motivi la partecipazione a questa forma organizzativa è obbligatoria e remunerata in quota capitolaria, mentre le conseguenti attività sono remunerate sulla base degli Accordi regionali. La seconda si realizza in presenza di medici associati in gruppo, UTAP o altre forme organizzative complesse delle cure primarie e necessita di strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali idonee. La partecipazione a questa forma organizzativa è facoltativa e sperimentale. Gli accordi regionali ne definiscono modelli organizzativi, caratteristiche di attività e modalità di remunerazione.~~

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

- a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 26;

- a) l'adesione alle aggregazioni funzionali e alle unità complesse delle cure primarie secondo quanto disposto dall'art. 13bis;
- b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:
- l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
  - la donazione di sangue, plasma e organi;
  - la cultura dei trapianti;
  - il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
  - l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
  - la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;
- c) l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;
- d) l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

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

1. E' istituito in ogni singola Regionale un fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione come definiti dall'art. 59 lettera B.
2. Il fondo è finalizzato ad incentivare assetti organizzativi, strutturali e obiettivi assistenziali di qualità dell'assistenza primaria.
3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione di ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto definito dall'art. 14 del presente Accordo.

#### ART. 47 - VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI

1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.
2. Le visite domiciliari e ambulatoriali, in presenza di unità di cure primarie o di forme associative complesse (equipe territoriale, medicina di gruppo), fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate dai gruppi stessi tenendo conto, nel rapporto con l'utenza, di una offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona.
3. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. E' a cura del medico di assistenza primaria la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare.
4. A cura della Azienda e del medico di assistenza primaria tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti.
5. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile. A tal fine i medici di assistenza primaria che operano in forma associata possono organizzare la risposta clinica secondo modalità organizzative proprie, anche sulla base di quanto previsto al comma 2.
6. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché, quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.
7. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.
8. Gli accordi regionali possono disciplinare, per particolari necessità assistenziali, ulteriori e differenti modalità di effettuazione delle visite domiciliari e dell'accesso agli studi professionali, collegate alla reperibilità del medico, all'orario di ambulatorio e alla richiesta delle visite domiciliari.

#### ART. 48 - CONSULTO CON LO SPECIALISTA

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

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

1. Nello spirito e nel progressivo impegno alla presa in carico del proprio assistito, il medico di assistenza primaria, che ha cognizione di tutti i momenti della attività sanitaria in favore del proprio assistito, si prende cura della persona malata nell'accesso all'ospedale, può partecipare alla fase diagnostica, curativa e riabilitativa, direttamente o mediante l'accesso al sistema informatico. Le aziende sanitarie locali hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni atte a garantire al medico di fiducia la continuità della presa in carico della persona in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri. Le regioni istruiscono in modo analogo le attività delle Aziende ospedaliere.

2. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art. 61, adottano pertanto, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:

- a) il dovuto accesso del medico di famiglia ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;
- b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;
- c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizione previste dall'articolo 50 della legge 326/2003;
- d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

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

4. Particolare attenzione sarà posta, ove le disposizioni regionali ed aziendali le prevedano, alla consegna da parte dell'ospedale delle confezioni terapeutiche, anche start, all'atto della dimissione ospedaliera, al fine di evitare la discontinuità terapeutica o il ritardato avvio di una nuova terapia.

5. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col medico di famiglia gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.
6. In ogni caso il medico di medicina generale nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.
7. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i medici di medicina generale convenzionati, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai medici di medicina generale presenti nei vari Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.
8. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati maggiormente rappresentativi e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in Day Hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.
9. Le finalità di cui al comma 8 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 7.
10. Ulteriori contenuti, competenze e modalità organizzative in materia di accesso del medico di assistenza primaria ai luoghi di ricovero ospedaliero, sono oggetto di contrattazione nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali.

## ART. 50 - ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO

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

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

1. Il medico di famiglia, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita, indagine specialistica, prestazione specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.
2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 48.
3. Il medico può dar luogo al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.
4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, con l'indicazione "al medico curante".
5. Qualora lo specialista ritenga opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste sul modulario previsto dalla legge 326/2003.
6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.
7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e 6 e nel rispetto del disposto della legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende emanano disposizioni per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine 0 controlli programmati saranno proposti al medico di assistenza primaria.
8. Le norme di cui al precedente comma 7 devono essere osservate, anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.
9. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato E) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.
10. Il modulario di cui all'art. 50, salvo il disposto del successivo art. 52, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per

le richieste di prestazioni specialistiche, nonché per le richieste di trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il medico annota la diagnosi del soggetto.

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

ART. 52 - CERTIFICAZIONE DI MALATTIA PER I LAVORATORI

1. Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi fa parte dei compiti di cui all'art. 45, comma 2.
2. Le certificazioni relative ad assenza dal lavoro rilasciate da medici diversi da quelli di libera scelta, siano essi del servizio pubblico o liberi professionisti, sono valide ai fini della giustificazione dell'assenza del lavoratore dipendente per malattia, in quanto contenenti gli elementi identificativi del medico e del lavoratore e la prognosi, così come disposto dalla circolare INPS 99/96 del 13.5.1996.
3. Le certificazioni relative ad assenze dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da medici diversi da quelli di libera scelta non spettano al medico di fiducia, che non è tenuto alla trascrizione.

#### ART. 53 - ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

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

- a) assistenza domiciliare integrata (ADI);
- b) assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
- c) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).

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

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

ART. 54 - FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. Al fine di:
  - a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda,
  - b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale;
  - c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;
  - d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 26, se costituite;
  - e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;
  - f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
  - g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica; i medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo, i principi, le tipologie le modalità indicate ai successivi commi.
3. Le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:
  - forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
  - forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.
4. Le forme associative dell'attività di assistenza primaria di cui alla lettera a) del comma 3 sono ispirate ai seguenti criteri generali:

- a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;
- b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- c) della forma associativa possono far parte:
  - medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi del presente Capo, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'articolo 33 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);
  - medici di continuità assistenziale;
  - medici pediatri di libera scelta;
- d) la sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;
- e) la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto dai commi 7, 8 e 9. Le forme associative composte da soli due medici e già in essere all'atto di pubblicazione del presente Accordo sono fatte salve, se previste dagli Accordi Regionali e fino a che le rispettive condizioni associative restino immutate. Gli Accordi regionali disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo;
- f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;
- g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b), la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;
- i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulatori, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;
- j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 36, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel

mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 36, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dall'art. 47, comma 6 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;

- k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;
- l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
- m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
- n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;
- o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;
- p) devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;
- q) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;

- r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:
- per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
  - per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 24;
- s) l'azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo.
5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al successivo comma 6 i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 58, comma 5.
6. Le forme associative disciplinate dalla lettera a) del comma 3 sono:
- A. La medicina in associazione.
  - B. La medicina in rete.
  - C. La medicina di gruppo.
7. Oltre alle condizioni previste dal comma 4, la medicina in associazione si caratterizza per:
- a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto;
  - b) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;
  - c) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova;
  - d) la condivisione e l'implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;
  - e) la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.
8. La medicina in rete, oltre al rispetto delle condizioni previste al comma 4, si caratterizza per:
- a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre,

- uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;
- b) la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
  - c) il collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
  - d) l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;
  - e) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;
  - f) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova.
9. Oltre alle condizioni previste al comma 4, la medicina di gruppo si caratterizza per:
- a) la sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità chesingoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della medicina di gruppo;
  - b) la presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati. Il numero degli studi di cui sopra viene arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;
  - c) l'utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
  - d) l'utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;
  - e) la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;
  - f) l'utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;
  - g) l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico,

predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa;

h) il numero di medici associati non superiore a 8.

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

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

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

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

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

- a) sedi associative, studi professionali, poliambulatori;
- b) beni strumentali;
- c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;
- d) servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
- e) servizi di verifica e revisione di qualità;

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

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

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

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

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

1. Il medico di famiglia sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltreché alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'Azienda l'esigenza di intervento dei servizi socio-assistenziali.
2. La natura e la tipologia degli interventi conseguenti alla segnalazione di cui al comma precedente sono assunti, se necessario, secondo un programma specifico ed in accordo col medico di famiglia dell'assistito.

ART. 56 - COLLEGAMENTO CON UI SERVIZI DI CONTINUITÀ' ASSISTENZIALE

1. Il medico di famiglia valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisio-patologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.
2. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere concordate apposite linee guida, ad uso dei medici di assistenza primaria, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.
3. Nel caso di attività in forma associativa in equipe, o unità di cure primarie o Utap, i medici di continuità assistenziale, hanno accesso a tutte le informazioni inerenti gli assistiti di tutta l'unità, utili al loro operato, a partire dalle schede sanitarie individuali e in tutte le fasi di eventuali percorsi nei diversi poli di assistenza dell'Azienda di riferimento.  
Tale accesso è passivo e attivo nei limiti delle relative responsabilità professionali.
4. Tutti i medici della forma associativa di cui al comma 3 hanno il dovere di tracciare il proprio intervento professionale sulla scheda sanitaria dell'assistito, sia essa cartacea che informatica.

## ART. 57 - VISITE OCCASIONALI

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

2. I medici, tuttavia, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrano all'opera del medico.

3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe omnicomprendenti:

- visita ambulatoriale: €. 15,00
- visita domiciliare: €. 25,00

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

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

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

## ART. 58 - LIBERA PROFESSIONE

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

svolgere attività di libera professione strutturata nei confronti dei propri assistiti per le categorie di prestazioni di seguito specificate:

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

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

10-bis. Il medico incaricato ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, non può esercitare attività libero professionale, fatta salva l'attività certificativa prevista dalla normativa vigente nei confronti dei propri assistiti nonché le visite occasionali riferite ai non residenti (**modifiche 2019**)

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

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

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

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

## ART. 59 - TRATTAMENTO ECONOMICO

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

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

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

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

### A - QUOTA CAPITARIA.

1. Ai medici di medicina generale incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto

dall'1.1.2005 2008, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo di euro ~~38,62~~ 40,05.

2. Esaurendosi l'incremento della quota capitaria legata all'anzianità di laurea del medico, questo è trasformato, limitatamente ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato all'entrata in vigore del presente Accordo, in assegno individuale non riassorbibile, che viene riconosciuto al medico per anzianità di laurea e carico assistenziale, dal 1 Gennaio 2005. L'importo di tale assegno è determinato dalla moltiplicazione del numero totale degli assistiti in carico per il valore tabellare definito dall'incrocio tra l'anzianità del medico e la fascia determinata dal numero di assistiti in carico, secondo la seguente tabella:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Il fondo di cui all'art. 46 è aumentato di euro 2.00 per assistito/anno dal 1.1.2005 (ex piena

disponibilità);

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

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

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

7. In attesa della stipula dei nuovi accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 46 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai medici di assistenza primaria, individuati dalla Regione, che utilizzano un infermiere professionale o un tecnico della riabilitazione, o un assistente sanitario, o un ostetrico o altro professionista equivalente, assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, è corrisposta, a partire dal 01.01.2005, un'indennità annua nella misura di Euro 4,00 per assistito in carico. Nell'ambito delle medesime risorse di cui all'art. 46 e fermo restando la misura fissata al successivo comma 8 lett. d), i medici di assistenza primaria possono utilizzare l'operatore socio sanitario (O.S.S.) assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria o fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, l'azienda per l'OSS corrisponde, fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter, un'indennità annua nella misura di Euro 3.50 per assistito in carico (ACN 2010).

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

da calcolarsi sugli assistiti complessivi della Regione, nella seguente misura:

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

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

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

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

~~12. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato al momento della entrata in vigore del presente Accordo devono adempiere all'obbligo di cui al precedente comma 11 nei tempi di seguito indicati:~~

- ~~a) fino a 10 anni di anzianità di laurea, al 1 Gennaio 2004, entro 1 anno dall'entrata in vigore del presente accordo;~~
- ~~b) da 10 a 20 anni di anzianità di laurea, al 1 Gennaio 2004, entro 3 anni dall'entrata in vigore del presente accordo;~~
- ~~c) da 20 a 30 anni di anzianità di laurea, al 1 Gennaio 2004, entro 5 anni dall'entrata in vigore del presente accordo.~~

~~13. Salvo diversi Accordi regionali, sono esentati dall'obbligo i medici che hanno maturato 30~~

~~o più anni di anzianità di laurea, al 1 Gennaio 2004.~~

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### D - ACCORDI REGIONALI ED AZIENDALI.

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

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

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

#### E - ~~ARRETRATI BIENNIO 2006/2007~~

#### F - MODALITÀ DI PAGAMENTO.

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

2. I compensi di cui alle lettere B) e C) sono versati mensilmente entro la fine del secondo mese successivo a quello di competenza.

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

4. Le variazioni di retribuzione relative ai passaggi di fascia per anzianità di laurea del medico

saranno, nell'anno 2005, effettuate una volta: il 1 gennaio, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il 31 dicembre se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

Art. 59 bis - FLUSSO INFORMATIVO

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

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

2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:

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

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

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

ART. 59 ter - DISPOSIZIONE SUI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONI “PAPERLESS” (ACN 2010)

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della regione o provincia autonoma della rete informatica regionale di cui all'art. 59ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., nell'ambito dei compiti del medico di assistenza primaria, è avviato il percorso di implementazione del “patient summary” attraverso le seguenti fasi da attuare progressivamente:

- a) l'implementazione ha inizio con l'invio sperimentale, al fine della valutazione della qualità del dato, di un set concordato di informazioni riferito agli assistiti in carico ultra 75enni;
- b) stabilizzato il flusso di cui al punto a), viene stabilita concordemente a livello regionale la graduale implementazione dell'invio dei dati, riferita agli assistiti in carico con patologie croniche;
- c) al termine delle fasi di cui ai precedenti punti a) e b) è prevista una verifica congiunta a livello regionale al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi ed introdurre gli eventuali ed opportuni aggiustamenti per il consolidamento del “patient summary” riferito a tutta la popolazione assistita, al fine dell'utilizzo da parte del Sistema Sanitario Regionale.

Le regioni definiscono, d'intesa con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, la tempistica più opportuna del percorso di implementazione del “patient summary” per rendere coerente lo sviluppo della sanità elettronica con la programmazione regionale.

2. L'individuazione dei pazienti cronici per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 8 del presente accordo viene effettuata con criteri definiti e condivisi a livello regionale. Per tali pazienti i medici di assistenza primaria inviano all'Azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai pazienti cronici in carico. I dati epidemiologici in loro possesso da trasmettere nel prospetto informativo sono individuati e condivisi a livello regionale.

3. Le informazioni di cui al presente articolo, così come quelle previste all'articolo 59bis dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e più in generale qualsiasi altra informazione amministrativa rilevante sotto il profilo del rapporto convenzionale, vengono trasmesse dal medico all'Azienda sanitaria e da quest'ultima al medico esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

4. Gli obblighi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo devono rispettare la tempistica

prevista al 1° comma dell'art. 59ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., fatto salvo quanto previsto al comma 4 dell'art. 59bis e al comma 5 dell'art. 13bis del medesimo ACN.

ART. 59 quater - TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei medici-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 13 bis, comma 5.
2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.
3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.
4. La relativa trattenuta è applicata dall' Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.
5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.
6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30.

ART. 60 - CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA

1. Per i medici iscritti negli elenchi della assistenza primaria viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui all'art. 9, comma 2, punto 6 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 16.5% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui il 10.375% a carico dell'Azienda e il 6.125% a carico del medico.

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

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

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

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

5. ~~Con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui ai commi 4 affinché provveda a riversarlo alla Compagnia assicuratrice con la quale i sindacati maggiormente rappresentativi avranno provveduto, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, a stipulare apposito contratto di assicurazione mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica.~~

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

**6. Per far fronte al pregiudizio economico derivante da eventi di infortunio e malattia con residua invalidità permanente e/o inabilità all'esercizio dell'attività professionale, è costituito uno specifico fondo alimentato dai contributi volontari da parte dei medici aderenti.**

~~7. Sentito l'ENPAM le Aziende provvedono alla ritenuta fissata per ciascun medico che aderisce al fondo di cui al comma 6 e versano all'ENPAM le relative contribuzioni, in concomitanza dei versamenti di cui al comma 5.~~

~~8. Le Organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono le procedure per la costituzione del fondo di cui al comma 6.~~

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

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

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

## CAPITOLO II

### LA CONTINUITÀ' ASSISTENZIALE

#### ART. 62 - CRITERI GENERALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 63 - ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI CONTINUITÀ' ASSISTENZIALE (ART. 6 ACN 2018)

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di continuità assistenziale e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al successivo articolo 64.
2. 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.
3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:
  - a] per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno 3 anni che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del ssN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti. 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. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento;
  - b] i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
  - c] i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 2.

4. I medici già titolari d'incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.
5. I medici di cui al comma 3, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.
6. I medici di cui al comma 3, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
  - a] punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;
  - b] punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda, nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono, abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino 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.
7. I medici di cui al comma 3, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.
8. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 3, lettera a) e b) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.
9. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.
10. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella i medici di cui al comma 3, lettera a) e, successivamente, i medici di cui al comma 3, lettera b) sulla base delle percentuali di riserva di cui ai successivi commi ed infine i medici di cui al comma 3, lettera c) con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.
11. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 3, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:
  - a] 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
  - b] 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in

medicina generale.

12. 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.

13. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 11, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 12, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

14. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 11 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.

15. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta] giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Capo.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici inseriti nelle graduatorie di altre regioni
- b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nel territorio aziendale, successivamente nella Regione e fuori Regione.

15-bis. In caso di mancata assegnazione degli incarichi sulla base delle procedure di cui ai commi precedenti possono concorrere al conferimento i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12.

Successivamente, gli eventuali incarichi rimasti vacanti sono attribuiti ai medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla

Legge 25giugno 2019, n. 60.

I medici in formazione, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione sul sito istituzionale della Regione dell'elenco degli incarichi ancora vacanti, possono presentare domanda di assegnazione, secondo le modalità di cui all'articolo 63, comma 2, esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale. (modifiche 2019)

15-ter. I medici di cui al comma 15-bis, sono graduati nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio dei corso, in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea ed all'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale è corrisposto il compenso di cui all'articolo 72 (modifiche 2019)

16. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui *ai commi 15, 15-bis e 15-ter.* (modifiche 2019)

17. Al momento dell'interpello il medico 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 o in assenza di tale definizione mediante telegramma, raccomandata A/R o PEC, 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 decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

20. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

21. 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.

22. Qualora l'incarico venga assegnato ad un medico già titolare in altra Regione di incarico di assistenza primaria, la Regione, o il soggetto individuato, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e dei conseguenti effetti.

23. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, 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 (modifiche 2019).

23-bis. Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo (modifiche 2019).

23-ter. In deroga a quanto previsto dall'articolo 17, comma 4 del presente Accordo, ai medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale può essere attribuito un solo incarico in rapporto di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale

24. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi 1 e 15, 15-bis e 15-ter può procedere, in corso danno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo.

#### ART. 64 - RAPPORTO OTTIMALE

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

ART. 65 - MASSIMALI

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

9. L'orario complessivo dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale sommato a quello risultante da altre attività compatibili non può superare le 38 ore settimanali.

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

11. Il medico decade dall'incarico qualora:

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

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

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

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

15. Ai medici di cui all'articolo 63, comma 15-bis non si applicano le disposizioni di cui ai commi 2 e 4 del presente articolo

## ART. 66 - LIBERA PROFESSIONE

1. La libera professione può essere esercitata al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
2. Il medico che svolge attività libero professionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1.
3. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di continuità assistenziale può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.
4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.
5. Il medico incaricato ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, non può esercitare attività libero professionale, fatte salve le visite occasioni riferite ai non residenti.

## ART. 67 - COMPITI DEL MEDICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:

a) la redazione di certificazioni obbligatorie, quali: certificazione di malattia per i

lavoratori turnisti, la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove prevista;

b) ~~l'adesione alla sperimentazione dell'equipes territoriali, con particolare riferimento alla continuità dell'assistenza nelle strutture protette e nei programmi di assistenza domiciliare~~

b1) l'adesione alle aggregazioni funzionali e alle unità complesse delle cure primarie di cui rispettivamente agli artt. 26 bis e 26 ter con particolare riferimento alla continuità nell'assistenza nelle strutture protette e nei programmi di assistenza domiciliare; b2) gli adempimenti di quanto previsto all'art. 59 ter;

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

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

e) la constatazione di decesso.

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

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

## ART. 68 - COMPETENZE DELLE AZIENDE

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

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

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

## ART. 70 - SOSTITUZIONE EDI INCARICHI PROVVISORI

1. Il medico che non può svolgere il servizio deve avvertire il responsabile, indicato dalla Azienda, che provvede alla sostituzione secondo le procedure di cui ai commi successivi.
2. Gli Accordi Regionali, in attesa che siano operative le forme associative complesse quali equipe, nuclei di cure primarie o Utap, possono prevedere figure di coordinamento dei medici della continuità assistenziale operanti in uno specifico ambito territoriale con funzioni di raccordo con il responsabile aziendale, anche ai fini di quanto previsto dal presente articolo e dal comma 5 dell'articolo 62.
3. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, l'Azienda può conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai commi successivi.
4. Per sostituzioni superiori a 9 giorni, l'Azienda conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 15, ~~comma 12~~ (ACN 2018, a partire dalla data in vigore dell'articolo 15) o, in mancanza, della graduatoria regionale di settore vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio della Azienda.
5. Qualora non fosse possibile garantire il servizio secondo le procedure di cui al precedente comma, l'Azienda potrà concordare, ai sensi del comma 14 dell'articolo 65, con i medici incaricati un aumento delle ore settimanali oltre il limite di 24 ore e fino al limite massimo di 38 ore.
6. Ai sensi della Legge 448/2001, art. 19, comma 11, qualora non fosse possibile esperire le procedure di cui al comma 4 ed al comma 5, al solo fine di garantire il servizio si potranno incaricare, per non più di tre mesi l'anno, medici non presenti nella graduatoria regionale vigente, nei casi di carente disponibilità.
7. Per carente disponibilità di cui al comma precedente, si intende la mancanza di medici per:
  - a) rinuncia degli iscritti alla graduatoria regionale di settore vigente.
  - b) raggiungimento del tetto massimo di 38 ore settimanali da parte dei medici già incaricati del servizio.
8. L'incarico di sostituzione può essere attribuito per un periodo fino a dodici mesi, sulla base del disposto degli Accordi regionali. Un ulteriore incarico può essere conferito allo stesso medico sulla base di quanto disposto dal comma 11 del presente articolo.
9. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento al medico interessato di incarico a tempo indeterminato.

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

ART. 71 - ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITÀ'

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

## ART. 72 - TRATTAMENTO ECONOMICO

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

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

3. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, nella misura del 16.5% di cui il 10,375% a carico dell'azienda e il 6.125% a carico del medico. Tale aliquota decorre dall'1.1.2008.

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

4. ~~L'Azienda versa all'ENPAM, con i tempi e le modalità di cui al comma precedente, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui al comma 1, affinché questo provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari della presente intesa provvedono a stipulare apposito accordo, mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica, contro il mancato guadagno del medico per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto della legge n. 379/90. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico di cui al presente articolo per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.lgs. n. 151/2001 l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 3 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui al comma 1 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, a decorrere dal 31 dicembre 2009 l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei~~

compensi di cui al comma 1.

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

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

6. ~~Le Aziende liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003 in tre rate previste con le competenze di Marzo 2005, di settembre 2005 e di gennaio 2006, l'ammontare risultante rispettivamente dal compenso lordo di 0,31 Euro per ora di attività effettuata nel 2001, di 0,31 Euro per ora di attività effettuata nel 2002, di 0,43 Euro per ora di attività effettuata nel 2003. Con le stesse modalità le aziende erogano gli aumenti contrattuali maturati dall'1.1.2004 alla data dell'entrata in vigore del presente Accordo. Gli arretrati di cui alla tabella C dell'art. 9 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009. Gli adeguamenti contrattuali di cui alla tabella D dell'art. 9 devono essere effettuati entro giugno 2009 unitamente alla corresponsione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 1 saranno corrisposti entro ottobre 2009.~~

ART. 73 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI

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

## NORME FINALI

### NORMA FINALE ACN 2019

Le clausole negoziali introdotte in forza dell'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e dell'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, restano valide per gli incaricati fino al 31 dicembre 2021.

Le parti concordano che, in attuazione degli atti di indirizzo pervenuti, le restanti risorse saranno corrisposte con decorrenza dal 1 gennaio 2019 a conclusione dell'intera tornata negoziale economico-normativa del triennio 2016-2018, con integrale assegnazione in quota variabile sulla base del raggiungimento degli obiettivi assegnati, coerenti con gli altri soggetti contrattuali del territorio.

Il presente Accordo viene sottoscritto in attesa della ratifica del documento integrativo di aggiornamento dell'atto di indirizzo, deliberato dal Comitato di settore Regioni-Sanità in data 29 agosto 2019.

Le parti prendono atto che, nell'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, la normativa vigente dispone il rispetto della invarianza degli oneri di finanza pubblica. Ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale non si applicano le limitazioni temporali di cui all'articolo 70, comma 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

### NORMA FINALE N. 1

1. I medici che alla data di entrata in vigore del presente Accordo risultano iscritti negli elenchi dell'assistenza primaria o siano titolari di rapporto convenzionale orario a tempo indeterminato con le Aziende, sono confermati nel rapporto convenzionale, fatti salvi il possesso dei requisiti prescritti e l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità.
2. I medici incaricati ai sensi del D.P.R. n. 41/91 e confermati in forza dell'art. 8, comma 1 bis, del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e i medici incaricati a tempo indeterminato in base all'assegnazione delle zone carenti di continuità assistenziale, sono confermati e utilizzati in modo integrato nell'ambito delle funzioni di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale di cui ai capi III e V.

#### NORMA FINALE N. 2

1. Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista ~~dall'articolo 16 comma 7 lettera a)~~ a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (ACN 2018) con l'attribuzione del relativo punteggio, previa presentazione, unitamente alla relativa domanda di assegnazione dell'incarico, del titolo di formazione specifica, con l'attribuzione del relativo punteggio.

#### NORMA FINALE N. 3

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

#### NORMA FINALE N. 4

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

#### ~~NORMA FINALE N. 5 (ABROGATA A PARTIRE DALLA DATA DI INETRATA IN VIGORE DELL'ARTICOLO 15 -ACN 2018)~~

- ~~1. Ai medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94 è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale da parte delle Aziende nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 e di quelle di disponibilità di cui al comma 12 dello stesso articolo del presente Accordo ed ai medici di cui alla norma transitoria n. 4 e n. 7 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.~~

2. ~~A tal fine i medici interessati inviano, alle Aziende, apposita domanda di inserimento in un elenco separato, specificando il possesso dei requisiti idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.~~
3. ~~I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.~~

#### NORMA FINALE N. 6

1. I medici di continuità assistenziale titolari di rapporto a tempo indeterminato che siano anche incaricati in attività orarie aggiuntive distrettuali conservano tale attività in deroga a quanto previsto dall'art. 63, ~~comma 2~~ (comma 3 a partire dalla data di entrata in vigore dell'articolo 63 - ACN 2018) fino a che le singole situazioni soggettive restino immutate e/o non insorgano eventuali nuovi assetti organizzativi.

#### NORMA FINALE N. 7

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

#### NORMA FINALE N. 8

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

#### NORMA FINALE N. 9

1. Le ore effettuate in reperibilità domiciliare fino alla data di entrata in vigore del presente Accordo sono valutabili ai fini delle graduatorie regionali con il punteggio di cui ~~all'articolo 16, comma 1, titoli di servizio, lettera d)~~ punti 0.05 per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività (ACN 2018).

#### NORMA FINALE N. 10

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

#### NORMA FINALE N. 11

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

#### NORMA FINALE N. 12

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

#### NORMA FINALE N. 15

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

#### NORMA FINALE N. 16

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

#### NORMA FINALE N. 17

- 1) I contenuti del presente articolo rappresentano altrettanti impegni che le parti decidono di assumere con la sottoscrizione di questo accordo e di recepire per la loro concreta applicazione nel prossimo accordo relativo al biennio 2008/2009. In particolare si conviene di precisare già in questo accordo che le finalità cui devono essere destinate le risorse del prossimo biennio economico 2008/2009 sono quelle richiamate ai commi 2, 3 e 4 del presente articolo.
- 2) Tutte le risorse disponibili per il rinnovo del secondo biennio economico 2008/2009 dovranno essere finalizzate al potenziamento dei processi di riorganizzazione ed integrazione. A tal fine le risorse di competenza del 2008 saranno erogate solo a partire dal 1 gennaio 2009 congiuntamente a quelle di competenza del 2009. Le suddette risorse vengono utilizzate per garantire:
  - a) il processo di perfezionamento degli accordi integrativi regionali, prevedendo meccanismi di garanzia che coinvolgano il livello di rappresentanza nazionale di parte pubblica e sindacale;
  - b) la definizione di istituti che assicurino il riconoscimento dell'impegno professionale graduato per livello di complessità in un'ottica di uniformità dell'assistenza tra le regioni.
- 3) Gli obiettivi da perseguire col prossimo Accordo sono rappresentati in particolare da quelli elencati di seguito:
  - a) per quanto riguarda gli obiettivi generali, si sottolinea l'esigenza di procedere verso la individuazione di forme di collaborazione tra il medico di medicina generale, i pediatri di libera scelta e lo specialista ambulatoriale, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;
  - b) per quanto riguarda gli obiettivi specifici, si richiamano i seguenti:
    - miglioramento dell'accesso agli ambulatori di medicina generale e di pediatria di libera

scelta e ai poliambulatori specialistici pubblici, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;

- potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore su 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica che in età adulta;
- coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

4) Oltre agli obiettivi indicati al precedente comma 3, le parti convengono che nel prossimo accordo si debbano affrontare tra l'altro anche i seguenti aspetti:

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

#### NORMA FINALE N. 18

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

NORMA FINALE N. 19

1. Qualora gli accordi regionali di cui all'art. 26 ter prevedano da parte dei medici coinvolti nelle Unità complesse delle Cure primarie l'utilizzo di società di servizio, anche cooperative, queste, così come stabilito dalla lettera b, comma 3 dell'art. 54, non possono in ogni caso fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

NORMA FINALE N. 20

1. Le OO.SS. o le Parti citate nel presente ACN, anche quanto diversamente appellate, devono intendersi esclusivamente come quelle firmatarie.

## NORME TRANSITORIE

### ACN 4 MARZO 2018

#### Norma transitoria n. 1

I medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dell'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

#### Norma transitoria n. 2

Fino all'entrata in vigore degli articoli 4, 5 e 6 del presente Accordo, alle procedure per l'assegnazione degli incarichi vacanti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione anche ai 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. Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e sono graduati nell'ordine della minore età al momento della laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente o territorio aziendale, rispettivamente per gli incarichi di assistenza primaria o di continuità assistenziale, e successivamente nella Regione e fuori Regione. Il possesso del diploma di cui sopra deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

### ACN 29 MARZO 2018

#### NORMA TRANSITORIA N. 1

1. I minori che abbiano compiuto il sesto anno di età possono essere assegnati al medico di medicina generale.

#### ~~NORMA TRANSITORIA N. 2~~

~~1. Nell'anno di entrata in vigore del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si utilizzano i criteri di assegnazione e la graduatoria regionale già formulata sulla base del disposto del D.P.R. 270/2000.~~

~~2. Nell'anno successivo a quello di entrata in vigore del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi dichiarati vacanti o carenti, si utilizza la graduatoria redatta ai sensi del D.P.R. 270/2000 ed i criteri di assegnazione previsti dal presente Accordo.~~

#### NORMA TRANSITORIA N. 3

~~1. I procedimenti disciplinari pendenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo e fino alla costituzione del collegio di cui all'art. 30 del presente Accordo, vengono definiti secondo i criteri e le procedure previste dal DPR 270/2000.~~

#### NORMA TRANSITORIA N. 4 (Abrogata dalla data di entrata in vigore dell'articolo 15 - ACN 2018)

~~1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale ed in quella di disponibilità di cui all'art. 15 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.~~

~~2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di formazione specifico, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.~~

~~3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.~~

#### NORMA TRANSITORIA N. 5

Gli Accordi regionali ed aziendali vigenti stipulati ai sensi del DPR 270/2000, vigenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, conservano i loro effetti giuridici ed economici fino alla durata da essi prevista o fino all'entrata in vigore dei successivi Accordi regionali ed Aziendali.

#### NORMA TRANSITORIA N. 6

~~Il termine di tre anni di cui all'art. 19, comma 3, decorre dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.~~ Ai medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo che non risultino titolari di un numero minimo di scelte pari a 300 unità, il termine di tre anni di cui all'art. 19, comma 3 è elevato a cinque anni.

#### NORMA TRANSITORIA N. 7

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale e/o di settore, è concesso, al fine di consentire la piena operatività della rete degli operatori dell'emergenza, l'attribuzione di incarichi provvisori di emergenza sanitaria nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale o in quelle di disponibilità di cui all'art. 15 del presente Accordo e in possesso del previsto attestato per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di idoneità previsto, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.

#### NORMA TRANSITORIA N. 8

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, e che il Decreto Legislativo n. 254 del 28 luglio 2000, all'art. 6 sospende l'efficacia di tali disposizioni fino all'attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della commissione che dovrà essere istituita con decreto del Ministro alla salute, fino a quando non entrerà in vigore il limite di età stabilito dall'art. 19, comma 1, lettera a) del presente Accordo Collettivo Nazionale continua ad applicarsi l'art. 6, comma 1, lettera a) del DPR n. 484/96, con esclusione dell'ulteriore beneficio previsto dall'art. 16 del d.lgs. 30.12.1992 n. 503.

**NORMA TRANSITORIA N. 9**

~~Con intese tra le parti firmatarie del presente Accordo e l'ENPAM sono definite, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, le previsioni di adeguamento del contributo previdenziale di cui agli artt. 60, 72, 89 e 99, per gli anni successivi.~~

**NORMA TRANSITORIA N. 10**

Il disposto di cui all'art. 33 comma 12 e all'art. 34 ~~comma 14~~ comma 2 (a partire dall'entrata in vigore dell'articolo 34 - ACN 2018) si attua previa individuazione delle zone disagiate da parte delle Aziende sulla base dei criteri definiti negli accordi regionali.

**NORMA TRANSITORIA N. 11**

I rappresentanti medici elettivi di cui all'art. 25, comma 4, con le procedure di cui all'allegato O del presente ACN restano in carica fino alla definizione economico normativa del biennio 2008-2009 ed alla sua entrata in vigore.

**NORMA TRANSITORIA N. 12**

In attesa della variazione dell'aliquota riferita all'assicurazione di malattia, in favore dei medici di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale per ciascuno degli anni 2008 e 2009 sarà erogata una quota una tantum per ciascun assistito in carico/ora di attività svolta, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda secondo la seguente tabella:

	2008	2009
Assistenza primaria	€ 0,13/assistito	€ 0,13/assistito
Continuità Assistenziale	€ 0,06/ora	€ 0,06/ora
Emergenza Sanitaria	€ 0,06/ora	€ 0,06/ora

Quanto dovuto ai sensi del presente comma verrà corrisposto entro il mese di ottobre 2009 per l'una tantum riferita all'anno 2008 ed entro il mese di giugno 2010 per l'una tantum riferita all'anno 2009.

## DICHIARAZIONI A VERBALE

### ACN 2005

#### ~~Dichiarazione congiunta n.1~~

~~Le parti concordano che nel prossimo Accordo Nazionale saranno perfezionati percorsi finalizzati a favorire la disincentivazione del doppio incarico a favore del pieno impiego nell'assistenza primaria o nella continuità assistenziale legati alla revisione verso l'alto del rapporto ottimale.~~

#### ~~Dichiarazione congiunta n. 2~~

~~Le parti si impegnano a monitorare gli effetti dell'assegno ad personam introdotto quale meccanismo di superamento degli incrementi automatici del compenso correlati all'anzianità di laurea ai fini di un suo eventuale perfezionamento nel successivo Accordo Nazionale.~~

#### DICHIARAZIONE CONGIUNTA

È volontà delle parti procedere ad una graduale riorganizzazione della medicina generale nel rispetto dei valori fondamentali che caratterizza il rapporto di fiducia medico-paziente ed il rapporto convenzionale individuale.

#### DICHIARAZIONE CONGIUNTA

La SISAC si impegna a collaborare con l'ENPAM per ridefinire le modalità ed i termini del versamento dei contributi dovuti e dell'invio della relativa rendicontazione come richiesto dalla corretta imputazione sulla posizione previdenziale degli iscritti.

#### DICHIARAZIONE CONGIUNTA

Le regioni e le OO.SS. firmatarie si impegnano alla prosecuzione immediata delle trattative per il secondo biennio economico 2008-2009, utilizzando tutte le risorse economiche disponibili per tale biennio per proseguire la riorganizzazione della medicina generale a partire da quanto pattuito nella norma finale 17.

#### DICHIARAZIONE CONGIUNTA

Con il passaggio delle competenze gestionali ed organizzative dal Ministero della Giustizia al SSN e quindi alle Regioni ed alle ASL, l'assistenza penitenziaria di base è stata inserita nell'area della medicina generale erogata nel territorio. Le parti prendono atto che le problematiche concernenti il rapporto di lavoro del personale medico operante nelle strutture penitenziarie saranno affrontate nel corso della trattativa che seguirà alla firma del presente ACN, introducendo un nuovo capo dedicato alla medicina penitenziaria.

#### DICHIARAZIONE CONGIUNTA

L'applicazione delle disposizioni dell'art. 59 bis contenute ai commi 1 e 2 è subordinata alla completa operatività del sistema informatico di cui al comma 3 ed alle condizioni stabilite dal comma 4 del medesimo articolo.

#### DICHIARAZIONE CONGIUNTA

L'attività del medico di assistenza primaria, 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.

#### ACN 29 MARZO 2018

##### Dichiarazione congiunta n. 1

Le parti concordano che, al fine di garantire adeguati livelli di sicurezza per i medici di continuità assistenziale, l'attività ambulatoriale, sentito il Comitato aziendale, venga svolta solo presso sedi idonee e che nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, vengano definite le modalità organizzative per regolamentare il libero accesso dei pazienti in orari diurni e serali prestabiliti e divulgati ai cittadini.

##### Dichiarazione congiunta n. 2

Le parti concordano sulla opportunità che le graduatorie regionali consentano di individuare lo stato occupazionale dei medici presenti in graduatoria.

##### Dichiarazione congiunta n. 3

Le parti considerano auspicabile che, nell'ambito degli AAIIRR, si possa prevedere la fornitura di fattori di produzione per lo svolgimento di attività di diagnostica di primo livello da parte dei medici di assistenza primaria, anche attraverso società di servizio o cooperative