

ART. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale, di seguito denominato “convenzione Nazionale”, regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo n. 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia, il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio della medicina generale, tra il Servizio Sanitario Nazionale in tutte le sue articolazioni e i medici di medicina generale, per lo svolgimento dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

- a. assistenza primaria;
- b. continuità assistenziale;
- c. medicina dei servizi territoriali;
- d. emergenza sanitaria territoriale.

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

2. La presente convenzione Nazionale definisce:

- a) le attività assistenziali correlate ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza indicati dalla programmazione sanitaria nazionale e dalle programmazioni regionali;
  - b) i ruoli e i compiti dei medici nell'ambito del rapporto con il servizio sanitario nazionale
3. Individua, inoltre, gli ambiti di contrattazione rimessi alla trattativa regionale e a quella aziendale.

4. Il rapporto di lavoro di cui al comma 1 può essere instaurato da parte delle Aziende solo con i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8/8/1991, n. 256 e del 17/8/1999 n. 368.

## ART. 5 - 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 16;
- b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art.9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;
- c) per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonché nei casi di servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;
- d) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 8 del presente Accordo che abbiano durata complessiva superiore a 30 giorni consecutivi, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale e che siano preventivamente autorizzati dal comitato aziendale;
- e) 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;
- f) partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale aventi carattere istituzionale e che siano preventivamente autorizzati dal comitato aziendale.

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

- a) in caso di malattia o infortunio non professionale, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;
- b) in corso di gravidanza e puerperio, per tutto il periodo di astensione obbligatoria previsto dalla legge;
- c) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del medico di incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi o di dirigenza nel Distretto o nell'ambito delle altre strutture organizzative e gestionali del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, a tempo pieno o a tempo parziale, anche ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso.
- d) per la durata complessiva della inabilità temporanea totale, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale;
- e) per inabilità temporanea che derivi da causa di servizio.

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

- a) Allattamento 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. Nei casi di cui ai precedenti commi 2 e 3 la sospensione dell'attività di medicina generale non comporta la sospensione del rapporto convenzionale né soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini della anzianità di servizio.

5. I periodi di sospensione del rapporto convenzionale non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non possono comportare alcun onere, fatti salvi gli oneri previdenziali dovuti al medico interessato, a carico del SSN.

6. I rapporti economici tra medico sostituito e sostituto, nei casi di cui al comma 3, sono regolati secondo l'Allegato C del presente Accordo proporzionalmente alla parte temporale di attività del medico sostituto.
7. Nei casi previsti dal comma 1 il medico deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda secondo le modalità stabilite dall'art. 23 comma 6, dall'art. 55 comma 2, dall'art. 67 comma 3 e dall'art. \_\_\_\_.
8. Nei casi previsti dai commi 2 e 3 il medico deve farsi sostituire seguendo le modalità previste dall'art. 23, comma 1, dall'art. 55, comma 1, dall'art. 67 e dall'art. \_\_\_\_.
9. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1 lettera e) e sospeso temporaneamente ai sensi del comma 1 lettera b), conserva, fino a sentenza di primo grado in caso di sospensione in seguito a provvedimento dell'autorità giudiziaria, il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/2 dell'ultima mensilità maturata prima del provvedimento di sospensione.
10. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1, lettera e), dalla data di condanna di primo grado a quella di secondo grado, conserva il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/3 dell'ultima mensilità relativa alla quota fissa del compenso percepita prima del provvedimento di sospensione relativa al provvedimento in atto.
11. I compensi di cui ai commi 9 e 10 sono erogati fatta salva l'azione di rivalsa in caso di condanna passata in giudicato e di conferma della sospensione dall'incarico.
12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale 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 f) del comma 1, sono richieste dal medico 30 giorni prima dell'evento e la risposta della ASL viene fornita entro 7 giorni dalla approvazione del comitato d'azienda. La mancata risposta entro i termini previsti ha significato di approvazione. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.
16. Avverso il provvedimento di sospensione ingiustificata, il medico interessato può ricorrere al giudizio della Commissione arbitrale di cui all'articolo 16 del presente Accordo.

## Art. 8 – Formazione Continua

1. La medicina generale è una disciplina che ha contenuti propri e peculiari, e va definita come specializzazione nell'ambito delle cure primarie
2. Le funzioni di insegnamento-valutazione che il Medico di Medicina Generale può svolgere si sviluppano in cinque 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 dei farmaci.
3. La formazione professionale in medicina generale, la formazione prelaurea, la formazione complementare e continua riguardano principalmente le attività inerenti i servizi e le prestazioni cliniche e medico-legali erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) e le eventuali integrazioni regionali secondo quanto previsto dalla intesa Stato-Regioni
4. La formazione comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze ed abilità cliniche, tecniche comunicazionali e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza ed eticità della assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.
5. 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.
6. Le Regioni provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione, anche prevedendo momenti di formazione comune fra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti e altri professionisti sanitari operanti nelle strutture ospedaliere.
7. A tal fine ogni Regione istituisce, anche in collaborazione con altre Regioni, un Centro Regionale di Formazione e Ricerca per la Medicina Generale cui vengono affidati i seguenti compiti:
  - a. definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
  - b. formare i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor, valutatori) e gestirne l'albo regionale;
  - c. garantire la realizzazione del tirocinio in medicina generale;
  - d. partecipare all'insegnamento pre-laurea della medicina generale con modalità definite nell'ambito degli accordi Regione-Università
  - e. partecipare alla realizzazione dei tirocini pre-abilitazione in collaborazione con gli Ordini dei medici della Regione, con modalità definite nell'ambito degli accordi Regione-Università
  - f. promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Medicina Generale
  - g. proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai medici di medicina generale
8. Il Centro regionale di Formazione e Ricerca per la Medicina Generale è istituito dalla Regione e diretto da un apposito Comitato Direttivo formato da MMG scelti dalle OOSS rappresentative della medicina generale, da medici scelti dalla regione e da un medico scelto dall'Ordine dei Medici del capoluogo di regione per valutare quanto di sua competenza. L'attività del centro regionale e del suo Comitato Direttivo viene regolata da apposito accordo definito a livello regionale dal comitato Regionale ex art. 12. ed ispirato al modello definito dal presente ACN.
9. Il Centro regionale di Formazione e Ricerca per la Medicina Generale:
  - a) prevede appropriate forme di partecipazione degli ordini professionali;

- b) provvede alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;
- c) elabora gli obiettivi di specifico interesse regionale e accredita i progetti di formazione di rilievo regionale.
- d) Definisce idonee modalità per la rilevazione dei bisogni dei medici;
- e) promuove lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi;
- f) Promuove formazione integrata anche con altre figure professionali;
- g) Individua appropriate modalità per la valutazione della qualità dei corsi e adotta idonee modalità per la valutazione formativa dei partecipanti.

10. Gli eventi ECM accreditati sulla base degli indirizzi e le priorità individuate dal Centro regionale di Formazione e Ricerca danno altresì titolo ad un credito didattico.

11. Il medico è tenuto a frequentare obbligatoriamente i corsi organizzati dalle ASL nel rispetto di quanto previsto dal presente articolo destinati a temi professionali corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio fino alla concorrenza massima del 30% dei crediti annuali ECM richiesti. Il venir meno a tale obbligo per due anni consecutivi comporta la attivazione delle procedure di cui all'art. 16 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

Le Regioni devono organizzare in ogni ASL un numero di corsi sufficiente a coprire il 100% dei crediti ECM annualmente richiesti

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

13. 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, partecipazione agli organismi previsti dal presente accordo e dagli accordi regionali secondo le modalità previste dalla regione in base alle indicazioni della conferenza stato-regioni.

14. al medico che partecipa ad attività di ECM organizzate dal Centro Regionale di Formazione e Ricerca vengono corrisposti i normali compensi. L'Azienda adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità assistenziale durante le ore di aggiornamento. Eventuali differenti modalità di organizzazione degli eventi sono decise a livello regionale.

15. 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.

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

- a) l'attuazione di corsi di formazione per medici ricercatori e sperimentatori, animatori di formazione e tutor, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici di medicina generale;
- b) il fabbisogno regionale di medici ricercatori e sperimentatori, animatori di formazione, tutor e di docenti di medicina generale;
- c) la creazione di un elenco regionale di medici ricercatori e sperimentatori, animatori di formazione e Tutor, 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 ed i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività,

17. Gli animatori di formazione, i Tutor e i Tutor valutatori e i Docenti di Medicina Generale e i ricercatori, per la loro attività, ricevono un compenso concordato nell'ambito degli Accordi regionali finanziato con fondi appositamente stanziati diversi da quelli dedicati alla medicina del territorio

18. Con gli Accordi regionali sono definiti i criteri e le modalità, anche retributive, operative per l'attività dei medici ricercatori e sperimentatori, in applicazione della Legge \_\_\_\_\_.

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

## ART. 9 - 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 15,00 €/ora
4. A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate 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 15,00 €/ora. Gli Accordi Regionali possono definire valori differenti di tale compenso, ma comunque mai in misura inferiore a quanto già previsto del presente comma. 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, al medico di cui al comma 5, delle ore spettanti, sulla base del resoconto mensile comunicato dal medico sostituito. In ogni caso lo svolgimento dei compiti sindacali di cui al presente articolo non comporta riduzione dell'orario di incarico nei confronti del medico interessato.
8. Una quota parte dell'orario di cui all'art. 9, comma 4, pari a 0,4 ore per iscritto e nella misura del relativo corrispettivo economico, è direttamente riconosciuta alle segreterie nazionali delle rispettive Organizzazioni Sindacali, per la promozione della attività sindacale di cui al presente Accordo e per la tutela dell'attività professionale dei propri quadri nazionali, mediante stipula di adeguata polizza assicurativa o istituzione di apposito fondo di solidarietà, a tutela del danno professionale derivante dall'attività sindacale.
9. Il Fondo di solidarietà di cui al comma precedente è regolamentato da apposito protocollo disciplinare, adottato secondo parametri di trasparenza e di equità adottati dai Sindacati interessati e comunicati alla Sisac.

## Art. 16 - 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. Le violazioni danno luogo, secondo la gravità dell'infrazione, all'applicazione delle seguenti sanzioni:

- a) richiamo verbale, per lievi infrazioni comprese quelle occasionali relative alle norme sulla prescrizione e sulla proposta;
- b) richiamo con diffida per la ripetizione di lievi infrazioni e per infrazioni di una certa gravità;
- c) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10 per cento e non superiore al 20 per cento per la durata massima di sei mesi per infrazioni di media gravità o per reiterate (oltre la seconda) applicazioni della sanzione di cui alla precedente lettera b);
- d) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 6 giorni e non superiore a sei mesi, in particolare per:
  - \* gravi infrazioni anche finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;
  - \* omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità, limitazioni di massimale o benefici economici;
  - \* recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
- e) revoca per infrazioni particolarmente gravi compresa quella di cui all'art. 6, comma 2, o per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto.

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

Non vengono prese in considerazione segnalazioni anonime.

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

5. Il medico, ricevuta la notifica della sanzione, può impugnarla nei confronti del Direttore generale della Azienda entro 30 giorni dal ricevimento, anche a mezzo di procuratore, chiedendo che la controversia sia sottoposta al giudizio del Collegio Arbitrale Regionale e contestualmente nominando un Arbitro che entrerà a fare parte del Collegio di cui al successivo comma 6.

6. Il Collegio ha sede presso l'Assessorato Regionale alla Sanità ed è composto da tre Arbitri:

- uno, permanente, con funzioni di Presidente, nominato dal Presidente dell'Ordine dei medici della provincia capoluogo di Regione entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo;
- uno, con funzione di Componente, di volta in volta nominato dal medico.
- uno, permanente, con funzione di Componente, nominato dall'Assessore Regionale alla Sanità entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo.

La decadenza dall'incarico, per rinuncia o indisponibilità, di uno dei due membri permanenti del Collegio Arbitrale Regionale è immediatamente surrogata rispettivamente dal Presidente dell'Ordine dei medici della provincia capoluogo di Regione o dall'Assessore Regionale alla Sanità. Le funzioni di Segretario sono svolte da un funzionario individuato dall'Assessore Regionale alla Sanità.

Ai Componenti del collegio di cui al presente comma è corrisposta una indennità per seduta pari al doppio di quella prevista ai sensi dell'art. 9 comma 1. L'onere è a carico dell'Azienda che ha erogato la sanzione disciplinare di cui al comma 4 del presente articolo.

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

- sospende l'applicazione della sanzione;
- trasmette ai Componenti e al Presidente del Collegio tutti gli atti relativi alla controversia che ha determinato l'irrogazione della sanzione di cui al comma 5.

Il Presidente del Collegio, ricevuta la comunicazione del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, convoca il Collegio Arbitrale Regionale entro 30 giorni dal ricevimento della notifica della delibera del Direttore Generale.

Le parti hanno diritto di:

- essere ascoltate dal Collegio arbitrale;
- presentare al Collegio ulteriori documenti e memorie inerenti il caso.

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

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

10. Il procedimento disciplinare deve concludersi al massimo entro 150 giorni dal momento in cui l'Azienda ha notizia dell'eventuale infrazione commessa dal medico.

11. I termini previsti dal presente articolo sono perentori.

12. 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, per quanto eventualmente di competenza.

13. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 2, lett. d), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto, fatta salva la corresponsione al medico sostituito del compensi di cui all'art. XXXX comma YYYY.

14. Non può tenersi contro ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi due anni dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro commissione.

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

Art. 19 - Rapporto Ottimale

1. La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, come definita dalla Regione. Sarà compito del Comitato Aziendale, in particolare, di far coincidere gli ambiti di scelta con gli ambiti territoriali di attività dei medici di assistenza primaria, di stabilire una opportuna dimensione di tali ambiti e di contenerli, anche quando non coincidenti, all'interno degli ambiti distrettuali, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget e professionali per le attività distrettuali, dell'accesso all'area e dello sviluppo delle forme associative tra i medici della medicina generale.
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.
4. Ciascuna Azienda, anche ai fini dello svolgimento delle procedure di cui all'art. 3, 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. Ferma restando la facoltà delle Regioni di disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale secondo parametri diversi definiti nell'ambito degli accordi regionali, ai sensi dell'art. 8, lett. h), D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, per ciascun ambito territoriale, definito ai sensi del comma 3, può essere iscritto soltanto un medico per ogni 1300 residenti o frazione di 1300 superiore a 650, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
10. Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni o autolimitazioni di massimali già

dichiarate ed esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo, derivanti dall'applicazione dell'art. 25 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. 30 comma 4, scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 9) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito territoriale, abbiano effettuato la scelta del medico in altro ambito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

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

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

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

15. Fatto salvo quanto previsto al comma 9, nell'ambito degli Accordi regionali stipulati con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base della effettiva capacità dei medici già inseriti di acquisire ulteriori scelte, e previo parere del Comitato aziendale.

## ART. 22 - REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI

1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, oltre che ai fini della corresponsione del concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio cui all'art. 45, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del medico di medicina generale è uno studio professionale privato che, destinato in parte allo svolgimento di un pubblico servizio, deve possedere i requisiti previsti dai seguenti commi.
  2. Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala 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 alla settimana, secondo un orario determinato sulla base del seguente schema:  
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.
- I medici che aderiscono a forme associative della medicina generale sono tenuti a garantire una apertura dello studio per le rispettive tipologie di associazione secondo quanto previsto nei singoli Accordi Regionali.
- 5.1. L'Azienda ha il compito di verificare l'applicazione del disposto di cui al precedente comma 5.
  6. Il suddetto orario con il nominativo del medico, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico; eventuali variazioni devono essere comunicate alla Azienda entro 30 giorni dalla avvenuta variazione.
  7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.
  8. Eventuali modalità di contattabilità del medico al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.

## ART. 25 - MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI

1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità.
2. I medici che avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale di 1.800 scelte ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 rientrano nel massimale di 1.500 scelte gradualmente mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
3. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il comitato aziendale di cui all'art. 11, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi del punto 5, comma 3, dell'art. 48 della Legge n. 833/78, e per un tempo determinato, non superiore comunque a mesi sei.
4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga attività orarie compatibili con tale iscrizione diverse da quelle disciplinate dall'art.44 del presente Accordo, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, ma comunque qualsiasi sia l'impegno orario in misura non inferiore al rapporto ottimale di cui al comma 6 del presente articolo.
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 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 a 1.300 scelte. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.
- 6.1. Le autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo devono essere formalmente adeguate dal medico interessato al disposto del precedente comma 6 entro 12 mesi dalla data di pubblicazione del presente Accordo.
7. Ai medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, 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 dal precedente articolo 19.
8. Ai medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.93 n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.93, n. 296 che accettano l'incarico di cui al precedente art. 20, è consentito acquisire scelte fino alla concorrenza di un massimale di 500 scelte.
9. Ai medici di cui al comma 8, che alla data di pubblicazione del presente Accordo detenevano un numero di scelte superiore a 500 è fatto divieto di acquisire ulteriori scelte. Per tali medici la Azienda dispone il rientro nei limiti del massimale di cui al comma 8 mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
10. Le disposizioni di cui ai commi 8 e 9 non si applicano ai medici che, soggetti alla norma relativa, rinunciano all'incarico compatibile entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente Accordo.
- 10.1. Le scelte temporanee di cui all'articolo 26, commi 6 e 7, e le scelte di cui al comma 8 dello stesso articolo, non concorrono alla determinazione del massimale individuale.
11. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

## ART. 28 - 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 del motivo di 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.

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

3. 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 revoca per decesso entro un anno dall'evento, con conseguente applicazione delle relative trattenute economiche secondo il disposto di cui ai successivi comma 8 e 9. Trascorso il termine di un anno per la comunicazione dell'evento, l'Azienda potrà applicare comunque una trattenuta massima di 12 mesi per ciascun assistito deceduto.

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

4. In caso di trasferimento di residenza ad altra Azienda, 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, solo nel caso in cui il nuovo comune di residenza sia ubicato in una Azienda non limitrofa.

L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al medico ed al cittadino interessati entro 3 mesi dall'evento. Trascorso tale termine l'Azienda potrà applicare comunque una trattenuta massima di 3 mesi dalla data di comunicazione al medico.

4.1. 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.

4.2. 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.

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

6. Ai fini degli effetti economici relativi alle revoche d'ufficio di cui al presente articolo, la 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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 tra il medico interessato e l'Azienda.

Nell'ambito degli Accordi Regionali possono essere definite differenti modalità ed entità della misura massima di ripetizione di somme o di conguagli negativi.

## ART. 31 - COMPITI DEL MEDICO CON COMPENSI A QUOTA FISSA

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

2.1. I compiti individuali del medico di famiglia sono :

- a. le visite ambulatoriali e domiciliari avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato a scopo diagnostico e terapeutico. Al fine di migliorare lo standard delle prestazioni il medico si avvale di supporti tecnologici e terapeutici sia nel proprio studio sia a livello domiciliare;
- b. il consulto con lo specialista e l'eventuale accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero;
- c. la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, anche su supporto informatico , ad uso del medico, ad utilità del cittadino e ad utilità statistico-epidemiologica del servizio sanitario, nel rispetto di quanto disposto dalle norme in materia di protezione dei dati personali;
- d. la partecipazione volontaria alle forme organizzative territoriali come definite dalla contrattazione regionale;
- e. le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- f. 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, salvo quanto previsto dalla norma finale n. \_\_\_.
- g. la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro per tutti i lavoratori ivi compresi i lavoratori frontalieri ai quali sarà rilasciata certificazione simile a quella dei lavoratori non soggetti a regime INPS;
- h. 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;
- i. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi;
- j. lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, la conoscenza del Servizio sanitario nazionale, e regionale ,con idoneo supporto delle aziende
- k. l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché la adesione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale concernenti, in particolare:
  - a. l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
  - b. la donazione di sangue, plasma e organi;
  - c. la cultura dei trapianti;
- l. L'adesione alle campagne di vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende, con modalità concordate;
- m. 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, i relativi compensi.

2.2. In merito a quanto previsto dal precedente comma 2.1, lettera d, sono individuate sostanzialmente due diverse tipologie di forme organizzative: l'Equipe territoriale e le UTAP. La prima ( vedi equipe territoriali) dove concordata nell'ambito del Comitato Regionale e Aziendale si caratterizza per la possibilità che hanno tutti i medici di parteciparvi e per la prevalenza delle attività di cure domiciliari. L'adesione a questa forma organizzativa è remunerata con una quota pro-capite prevista dall'art.45. La seconda si può realizzare solo in presenza di medici in associazione di gruppo stante la particolare complessità che presenta, in quanto necessita di strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali idonee ad intercettare prevalentemente una domanda assistenziale in alternativa all'ospedale (vedi UTAP). La partecipazione a questa forma organizzativa sarà facoltativa e sperimentale con remunerazione concordata negli accordi regionali.

## ART. 40 – FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

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

2. Al fine di:

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda,
- b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale;
- c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici,
- d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 15, se costituite;
- e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;
- f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
- g) condividere ed implementare linee guida 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, fatte salve le forme complesse di cui all'art. 31 comma 2.2 \_\_\_\_\_, sono distinte in:

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

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

- a) la forma associativa 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, esclusi quelli di cui all'art. 25, comma 8, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'articolo 19 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);
  - medici di continuità 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 di cui al Capo VI disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo;
- f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;
- g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b), la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;
- i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consultazioni con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;
- j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 22, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 22, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 33 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;
- k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;
- l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze 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 12;

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

- A. La medicina in associazione.
- B. La medicina in rete.
- C. La medicina di gruppo.

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

- a) distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto;
- b) chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;
- c) numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituire una nuova;
- d) la condivisione è implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;

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.

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

- a) distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;
- b) gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
- c) collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;

- d) utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione 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) chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;
- f) numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed 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.

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

- a) sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della medicina di gruppo;
- b) 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) utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
- d) utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;
- e) gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;
- f) utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;
- g) utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, 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) numero di medici associati non superiore a 8.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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. 484/96.

14. 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.

15. Ulteriori e differenti contenuti, competenze e modalità organizzative in materia di forme associative dell'assistenza primaria sono oggetto di contrattazione nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali.

16. Al fine di intercettare un crescente numero di cronicità a livello del territorio, gli accordi regionali definiscono ulteriori modalità di incentivazione delle forme associative di cui al presente articolo.

## ART. 44 - LIBERA PROFESSIONE

1. La libera professione è esercitata secondo le norme del presente articolo.
2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, comma 2, al di fuori degli obblighi, dei compiti e delle funzioni previsti agli artt. 31 e 32, 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 continuata che comporta un impegno orario settimanale definito;
  - b) occasionale, quella occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso.
4. Il medico di medicina generale può svolgere in regime di libera professione quanto previsto dalle leggi in vigore e le attività di seguito indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo:
  - a. Medico addetto al servizio penitenziario (medico delle carceri);
  - b. Medico di fabbrica o medico competente (con previsione dell'impossibilità di acquisire scelte di cittadini che siano dipendenti delle Aziende presso le quali il medico esercita l'attività di medico competente o di fabbrica);
  - c. Medico fiscale (relativamente agli assistiti non residenti nell'ambito territoriale di scelta del medico e fino al raggiungimento di 1000 scelte in carico ovvero di corrispondente incarico orario, calcolato sulla base del rapporto 40 ore/1500 assistiti);
  - d. Medico che svolge attività presso gli stabilimenti termali (relativamente agli assistiti non iscritti nel suo elenco e sino al raggiungimento di 1000 scelte in carico ovvero di corrispondente incarico orario, calcolato sulla base del rapporto 40 ore/1500 assistiti);
  - e. Attività libero professionale svolta in modo strutturato in forma organizzata e continuata al di fuori degli orari di ambulatorio dedicati all'attività convenzionale e onorata direttamente dallo stesso paziente per prestazioni diverse dai compiti obbligatori, previsti e normati dal presente accordo o da accordi regionali e aziendali (ad eccezione di quanto previsto dall'art 4 );
  - f. Attività libero professionale occasionale per prestazioni diverse da compiti obbligatori, previsti e normati dal presente accordo o da accordi regionali e aziendali (ad eccezione di quanto previsto dall'art 4 ) esercitata in favore del cittadino su richiesta dello stesso nel proprio ambulatorio o a domicilio
  - g. Il medico di medicina generale può eseguire attività in libera professione, nell'orario destinato alle funzioni convenzionate e fatte salve le eventuali necessarie autorizzazioni sanitarie nonché la corretta informazione all'utente, solo e soltanto se queste rientrano nella diagnostica semplice ed a basso contenuto tecnologico o nelle prestazioni terapeutiche elementari, come stabilite in un elenco definito a livello regionale.
  - h. Attività libero professionale svolta nell'ambito delle Commissioni di Accertamento e nelle Commissioni di verifica dell'invalidità civile;
  - i. Attività libero professionale svolta in qualità di Consulente Tecnico d'Ufficio del Tribunale;
  - j. le attività svolte nell'ambito di attività didattiche o comunque connesse alla formazione e alla ricerca;
  - k. l'attività svolta in qualità di componente dei comitati etici;
  - l. collaborazioni giornalistiche;
  - m. le cariche elettive, qualora compatibili ai sensi dei rispettivi ordinamenti.

5. In relazione all'attività libero professionale di medico di fabbrica, medico competente, di medico addetto agli stabilimenti termali, di medico di struttura residenziale privata, il massimale del medico si riduce convenzionalmente secondo le determinazioni degli accordi regionali.

Altre attività compatibili sono eventualmente definite in sede di intesa regionale.

6. 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.

7. 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.

8. Il medico che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da accordi regionali o aziendali, sulla base di quanto previsto dal precedente art. 32, non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti, pena l'applicazione dell'art. 6 comma 2 del presente Accordo.

9. Ai fini di quanto previsto dal precedente comma 10, l'Azienda richiede al medico, all'atto dell'avvio delle progettualità di cui all'articolo 32, idonea dichiarazione di disponibilità allo svolgimento delle attività aggiuntive previste dagli specifici progetti assistenziali avviati.

10. 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.

## ART. 45 - TRATTAMENTO ECONOMICO – STRUTTURA DEL COMPENSO

1. Il trattamento economico dei Medici di Medicina Generale di Assistenza Primaria si articola in:

A) Quota capitaria per assistito ponderata, per quanto stabilito dall'articolo (31\*\*\* comma 1) su ruolo e compiti, negoziata a livello nazionale distinta in onorario, quota aggiuntiva per assistenza agli ultra settantacinquenni, quota aggiuntiva per assistenza ai minori di anni quattordici;

B) Quota non inferiore a 15,00 euro annui per assistito per il raggiungimento di standard erogativi ed organizzativi, concordati a livello regionale (comprendente medicina in associazione, indennità di collaborazione informatica, indennità di collaboratore di studio medico e indennità di personale infermieristico);

C) Quota calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni rese, concordata a livello regionale (comprendente visite domiciliari a pazienti non trasferibili, 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) e/o aziendale (comprendente ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende).

D) Quote per compiti diversi da quelli connessi con i livelli essenziali di assistenza delle cure primarie ma a questi complementari e comunque relativi ad attività mediche di primo livello a partire da 5,00 euro annui per assistito, nonché ulteriori quote per l'assistenza operata in zone disagiate. Le Regioni definiscono le quote di cui alla presente lettera mediante la stipula di apposite Convenzioni Regionali con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative di categoria nell'ambito del Comitato Regionale.

E) Quota una tantum per vacanza contrattuale.

2. I compensi di cui alle lettere A, B, C e D del precedente comma, vengono erogati dall'Azienda in rate mensili entro e non oltre il giorno 27 del mese successivo a quello di competenza.

### A - QUOTA CAPITARIA

1. Ai Medici di Medicina Generale di Assistenza Primaria è corrisposto, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo di euro **44,72** incrementata di un assegno *ad personam* come da seguente tabella, distinto secondo l'anzianità di laurea del medico calcolata allo scatto successivo disponibile rispetto all'anzianità effettivamente maturata quindici giorni dopo la data di pubblicazione della presente Convenzione Nazionale, e calcolato sul carico assistenziale al 31 dicembre 2004.

Anzianità di laurea	Assegno <i>Ad personam</i>
fino a 6 anni	---
oltre 6 fino a 13 anni	<b>1,80€ per assistito</b>
oltre 13 fino a 20 anni	<b>3,59€ per assistito</b>
oltre 20 anni fino a 27 anni	<b>5,39€ per assistito</b>
oltre 27 anni	<b>7,19€ per assistito</b>

2. I compensi di cui al comma precedente comprendono anche il concorso per le spese sostenute in relazione alle attività professionali ed in particolare per la disponibilità dello studio medico e delle attrezzature conformi alle prescrizioni decise in ambito regionale, per i mezzi di trasporto e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attività a favore degli assistiti.

3. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, nel cui livello assistenziale è compresa l'effettuazione della vaccinazione antinfluenzale annuale secondo modalità concordate a livello aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, è corrisposto un compenso forfetario annuo aggiuntivo pari a **16,98** euro.

4. Per ciascun assistito di età inferiore a 14 anni è corrisposto un compenso capitaro annuale aggiuntivo di **19,82** euro oltre a tutte le prestazioni aggiuntive (bilanci di salute, bilanci al salute al cronico, etc.) che verranno riconosciute alle tariffe previste dalle vigenti convenzioni.

B - QUOTA VARIABILE finalizzata agli obiettivi delle rispettive programmazioni regionali.

1. Le Regioni stipulano con le OOSS maggiormente rappresentative per la medicina generale apposite Convenzioni Regionali per la corresponsione di un incentivo complessivamente pari ad almeno **15,00** euro annui per assistito.

2. Il Medico percepisce automaticamente l'onorario base di cui al precedente punto 1 dal 1° gennaio 2005 e fino a quindici giorni dopo la pubblicazione sui rispettivi Bollettini Ufficiali regionali delle Convenzioni Regionali. Successivamente, le modalità per la corresponsione di tale quota saranno determinate dalle Convenzioni Regionali che dovranno almeno definire tutto quanto previsto dal successivo punto 3.

3. L'incentivo di cui al precedente punto 1 viene corrisposto, secondo le singole Convenzioni Regionali:

a. in considerazione della partecipazione a progetti clinici anche tendenti al recupero e alla gestione delle patologie cronico-degenerative a livello territoriale; tale quota parte dell'incentivo non potrà essere inferiore a 2,00 euro annui per assistito;

b. in considerazione della gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche, nel proprio studio, mediante apparecchiature e programmi informatici, anche idonei al collegamento con le strutture sanitarie locali ed al conferimento dei dati previsti per obiettivi concordati dalle rispettive Convenzioni Regionali; tale quota parte dell'incentivo non potrà essere inferiore a 2,00 euro annui per assistito;

c. in considerazione dell'incentivazione alla promozione e la diffusione di stili di vita protettivi e la sensibilizzazione alla donazione, per la promozione dell'utilizzo corretto del farmaco ed in generale delle risorse, nonché per la partecipazione a campagne vaccinali e di screening, secondo obiettivi concordati dalle rispettive Convenzioni Regionali; tale quota parte dell'incentivo non potrà essere inferiore a 1,00 euro annui per assistito;

d. proporzionalmente allo svolgimento della attività in forma associata, secondo le forme di integrazione previste dalla rispettiva Convenzione Regionale; tale quota parte dell'incentivo non potrà essere inferiore a 3,00 euro annui per assistito;

e. in ragione dell'utilizzo di un collaboratore assunto secondo le normative vigenti per un minimo orario stabilito a livello regionale; tale quota parte dell'incentivo non potrà essere inferiore a 3,00 euro annui per assistito;

f. in ragione dell'utilizzo di un infermiere assunto secondo le normative vigenti per un minimo orario stabilito a livello regionale; tale quota parte dell'incentivo non potrà essere inferiore a 3,00 euro annui per assistito;

g. in ragione dell'effettuazione di specifici programmi finalizzati al raggiungimento, da parte dei medici di medicina generale, di obiettivi, secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto ed i Centri di Responsabilità territoriale, costituiti dai medici aderenti al progetto o da loro sotto aggregazioni, e dettagliati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse; i progetti devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi

dai diversi medici aderenti; tale quota parte dell'incentivo non potrà essere inferiore a 1,00 euro annui per assistito.

#### C - QUOTA VARIABILE PER COMPENSI RELATIVI A PRESTAZIONI

1. Le Convenzioni Regionali stipulate dalle Regioni con le OOSS maggiormente rappresentative di categoria garantiscono, secondo indicazioni e tariffari regionali, le visite domiciliari a pazienti non trasferibili, le prestazioni aggiuntive, l'assistenza programmata domiciliare, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza nelle residenze protette e nelle collettività, l'erogazione di specifiche prestazioni a livello regionale, sulla base di una percentuale massima globale pari al 30% di quanto previsto dai compensi definiti alla lettera A del presente articolo.

2. Le prestazioni, le modalità e le tariffe sono definite nell'ambito delle singole Convenzioni Regionali.

#### D – COMPITI DIVERSI DA QUELLI CONNESSI CON I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA DELLE CURE PRIMARIE – ZONE DISAGIATE

1. Le Regioni, mediante la stipula di apposite Convenzioni Regionali con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative di categoria, definiscono ulteriori quote per compiti diversi da quelli connessi con i livelli essenziali di assistenza delle cure primarie ma a questi complementari e comunque relativi ad attività mediche di primo livello a partire da 5,00 euro annui per assistito.

2. Le Convenzioni Regionali di cui al punto precedente definiscono anche le modalità di remunerazione dei medici che operano in zone disagiate.

3. Il Medico percepisce automaticamente l'onorario base di cui al precedente punto 1 dal 1° gennaio 2005 e fino a quindici giorni dopo la pubblicazione sui rispettivi Bollettini Ufficiali regionali delle Convenzioni Regionali. Successivamente, le modalità per la corresponsione di tale quota saranno determinate dalle Convenzioni Regionali.

#### E - QUOTA una tantum per VACANZA CONTRATTUALE

1. Le Regioni liquidano a ciascun medico, in quattro rate scadenti non oltre, rispettivamente, il 31.1.2005, il 28.2.2005, il 31.3.2005 e il 30.4.2005, il 9,6% di tutti i compensi percepiti nel 2001, il 6,7% di tutti i compensi percepiti nel 2002, il 4,2% di tutti i compensi percepiti nel 2003 e l'1,7% di tutti i compensi percepiti nel 2004, a titolo di arretrati per vacanza contrattuale.

## ART. 46 - CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA

1. Per i medici iscritti negli elenchi della medicina generale viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al 2° comma del punto 6 dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 15% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui il 9,375% a carico dell'Azienda e il 5,625% a carico del medico.

2. 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.

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

3.1. Per far fronte al pregiudizio economico derivante da eventi di infortunio e malattia con residua invalidità permanente e inabilità all'esercizio dell'attività professionale, è posto a carico dei medici un onere pari allo 0,36% (zero virgola trentasei per cento) dei compensi relativi alle lettere A1 e A2 dell'art. 45 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

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

ART. 48 - CRITERI GENERALI

1. La continuità assistenziale fa parte delle attività distrettuali, e viene espletata secondo l'organizzazione definita dal DPR 270/2000, ma, in presenza di forme associative complesse, essa si può integrare nelle attività delle stesse e stabilisce una relazione organica con i medici di famiglia al fine di garantire l'assistenza per l'intero arco della giornata a tutti gli assistiti dei medici che realizzano la unità.

1.1. La Continuità assistenziale ha un ruolo di soggetto erogatore di uno specifico livello assistenziale autonomo, con una propria capacità organizzativa interna e con proprie potenzialità assistenziali da sviluppare in processi di integrazione nel sistema delle cure primarie.

1.2. Nell'ambito delle attività in equipe o in Utap ai medici di continuità assistenziale saranno attribuite funzioni coerenti con le attività della medicina di famiglia, nell'ambito delle rispettive funzioni.

2. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, la stessa si realizza assicurando le prestazioni sanitarie territoriale non differibili, notturne, festive e prefestive, 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.

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

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

3.1. I medici incaricati di espletare il servizio di continuità assistenziale in uno specifico ambito territoriale, costituiscono la unità di continuità assistenziale, intesa quale unità funzionale di riferimento per le attività integrate tra le diverse funzioni territoriali.

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

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

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

5. A ciascun medico che svolge l'attività di continuità assistenziale, nelle diverse tipologie di cui al comma 4 lettere b), c) e d), l'Azienda Sanitaria Locale corrisponde un compenso, anche mediante il pagamento per gli assistiti in carico di una quota capitaria definita dalla contrattazione regionale e rapportata a ciascun turno effettuato, aggiuntiva rispetto a quanto previsto dagli articoli seguenti.

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

## Art. 49 Bis – 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 e abitative, nonché dell'organizzazione degli altri servizi socio-sanitari, il fabbisogno dei medici di continuità assistenziale di ciascuna singola ASL 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 1 medico ogni 5000 abitanti residenti.
3. Per motivi geografici, di viabilità, di distanza tra comuni, di difficile percorrenza delle vie di comunicazione, di parcellizzazione degli insediamenti abitativi, alta densità di popolazione o per altre valide condizioni, 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 con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale e comunque non può essere maggiore del 25% 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. Le Regioni possono individuare specifiche incentivazioni normative ed economiche al fine di favorire, nelle ASL che abbiano una carenza di medici in servizio di continuità assistenziale rispetto al rapporto ottimale di cui al comma 2 ed alle indicazioni di cui al comma 3, la piena occupazione dei propri incarichi vacanti.
5. Le Regioni possono individuare specifiche incentivazioni normative ed economiche al fine di favorire, nelle ASL che abbiano una carenza di medici in servizio di continuità assistenziale rispetto al rapporto ottimale di cui al comma 2 ed alle indicazioni di cui al comma 3, la piena occupazione dei propri incarichi vacanti.
6. Al fine di ridurre la precarietà degli inserimenti e favorire la stabilizzazione delle attività dei medici di continuità assistenziale, le Regioni possono individuare meccanismi economici e normativi di incentivazione riferiti al prolungamento dei tempi minimi di mantenimento dell'incarico da parte dei medici neo inseriti e provenienti da altre Regioni.
7. Le modalità di mobilità intra aziendale è essere oggetto di specifici accordi Regionali.

## ART. 50 – MASSIMALI

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un orario settimanale di 24 ore più 4 ore aggiuntive.

L'orario aggiuntivo non può essere conferito in Azienda diversa da quella presso cui è stato conferito l'incarico a tempo.

1.0. Ai medici di continuità assistenziale che concorrono ad attività in forme associative ed a progetti assistenziali ad essa correlati, definiti nell'ambito degli Accordi regionali ed Aziendali, tali 4 ore devono essere impegnate in attività istituzionali non notturne collegate anche con prestazioni aggiuntive e non concorrono alla determinazione del massimale orario.

1.1. I medici già incaricati alla data di pubblicazione 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 reiterato rifiuto di completare l'orario fino alla concorrenza di almeno 24 ore settimanali nell'ambito di differenti pubblicazioni di incarichi vacanti comporta la decadenza dall'incarico.

1.2. L'orario aggiuntivo di cui al comma 1 non è conferibile a medici titolari di incarico provvisorio, né a medici con incarico a 38 ore settimanali.

1.3. In caso di organizzazione del servizio in equipe territoriale o in UTAP, il MMG può chiedere l'integrazione dell'orario di servizio a 38 ore settimanali, di cui 12 ore sono previste in attività diurna feriale e 2 in formazione obbligatoria retribuita.

1.4. L'azienda per esigenze di servizio può concordare con i medici incaricati un aumento dell'orario oltre le 24 ore settimanali sulla base di appositi accordi aziendali.

2. L'incarico di continuità assistenziale non è conferibile al medico incaricato a tempo indeterminato per l'assistenza primaria o per la pediatria di libera scelta che detenga o raggiunga un numero di scelte pari o superiore rispettivamente a 650 o 346.

2.1 La cessazione dell'incarico per il raggiungimento del limite di cui al comma 2, nei confronti dei medici già titolari di incarico di continuità assistenziale alla data di pubblicazione del presente Accordo, ha irrevocabilmente effetto dal terzo mese successivo a quello in cui si determina il superamento del numero di scelte compatibile, o comunque al raggiungimento, entro i suddetti tre mesi del limite di 750 scelte per l'assistenza primaria 390.

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

4. Ai fini di cui al precedente comma 3 la Azienda è tenuta a comunicare al medico il raggiungimento del limite di scelte previsto dal comma 2 nel mese in cui tale situazione si determina e le conseguenze del raggiungimento di tale limite (cessazione dell'incarico di continuità assistenziale).

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

6. Prima di esperire la procedura di pubblicazione di eventuali incarichi vacanti, gli incarichi orari disponibili nell'ambito del servizio di continuità assistenziale all'interno dell'Azienda, anche quando siano ad orario completo, vengono comunicati ed assegnati ai medici già titolari, ai sensi del presente Capo, di incarico a tempo indeterminato ad orario ridotto, secondo l'ordine di anzianità di incarico nella stessa Azienda e, in caso di parità, secondo l'anzianità di laurea, fino a concorrenza del massimale orario.

7. 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. Qualora il

limite delle 38 ore risulti superato, l'incarico orario dell'attività compatibile è ridotto in misura uguale all'eccedenza.

8. Il medico decade dall'incarico qualora:

- insorga una situazione di incompatibilità;
- non riduca l'orario delle attività compatibili nella fattispecie di cui al comma 7.

9. Ai fini di quanto disposto dal comma 8, la Azienda contesta al medico la situazione di incompatibilità entro 30 giorni dalla sua rilevazione e sulla base delle procedure dell'art. 16 definisce la cessazione del rapporto convenzionale .

10. Il disposto di cui al comma 8 si applica a partire dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale la Azienda definisce e comunica al medico la cessazione del rapporto convenzionale.

## ART. 51 – LIBERA PROFESSIONE

1. Fatte salve le disposizioni in materia di incompatibilità, il medico di Continuità assistenziale può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
2. Il medico che svolge attività libero professionale non occasionale, deve rilasciare alla Azienda apposita dichiarazione in coerenza col disposto del comma 1, secondo lo schema allegato sub lettera "L".
- 3.1. Il medico di medicina generale di continuità assistenziale può svolgere in regime di libera professione quanto previsto dalle leggi in vigore e le attività di seguito indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo:
  - a. Medico addetto al servizio penitenziario (medico delle carceri);
  - b. Medico di fabbrica o medico competente (con previsione dell'impossibilità di acquisire scelte di cittadini che siano dipendenti delle Aziende presso le quali il medico esercita l'attività di medico competente o di fabbrica );
  - c. Medico fiscale (relativamente agli assistiti non residenti nell'ambito territoriale di attività del medico);
  - d. Medico che svolge attività presso gli stabilimenti termali;
  - e. Attività libero professionale svolta in modo strutturato in forma organizzata e continuata al di fuori degli orari di ambulatorio dedicati all'attività convenzionale e onorata direttamente dallo stesso dal paziente per prestazioni diverse da attività, compiti obbligatori, previsti e normati dal presente accordo o da accordi regionali e aziendali (ad eccezione di quanto previsto dall'art 4 );
  - f. Attività libero professionale occasionale per prestazioni diverse da attività, compiti obbligatori, previsti e normati dal presente accordo o da accordi regionali e aziendali (ad eccezione di quanto previsto dall'art 4 ) esercitata in favore del cittadino su richiesta dello stesso nel proprio ambulatorio o a domicilio
  - g. Il medico di medicina generale può eseguire attività in libera professione, nell'orario destinato alle funzioni convenzionate e fatte salve le eventuali necessarie autorizzazioni sanitarie nonché la corretta informazione all'utente, solo e soltanto se queste rientrano nella diagnostica semplice ed a basso contenuto tecnologico o nelle prestazioni terapeutiche elementari, come stabilite in un elenco definito a livello regionale.
  - h. Attività libero professionale svolta nell'ambito delle Commissioni di Accertamento e nelle Commissioni di verifica dell'invalidità civile;
  - i. Attività libero professionale svolta in qualità di Consulente Tecnico d'Ufficio del Tribunale;
  - j. le attività svolte nell'ambito di attività didattiche o comunque connesse alla formazione e alla ricerca;
  - k. l'attività svolta in qualità di componente dei comitati etici;
  - l. collaborazioni giornalistiche;
  - m. le cariche elettive, qualora compatibili ai sensi dei rispettivi ordinamenti.
- 3.2. In relazione all'attività libero professionale di cui al comma precedente, il massimale orario del medico e l'orario dedicato alle attività libero-professionali non possono superare il limite previsto dal comma 7 dell'art. 50. In caso di superamento di tale limite, l'attività libero-professionale è congruamente ridotta.
- 3.3. Altre attività compatibili sono eventualmente definite in sede di intesa regionale.
4. 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.

## ART. 52 - COMPITI DEL MEDICO

0.1. Il medico di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio. Gli interventi saranno finalizzati alla risposta ai relativi bisogni sanitari della popolazione assistibile in tutte le fasce di età. In presenza di forme associative 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 stessa.

1. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, fin dall'inizio del turno in servizio attivo, nella sede assegnatagli dalla Azienda se in organizzazione strutturata o nelle forme e modalità specifiche previste se in equipe o UTAP, e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali.

2. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa il medico effettua gli interventi che ritiene più appropriati. In particolari situazioni di necessità, ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali.

2.1. Nell'ambito delle attività in Equipe o in UTAP, nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere sperimentate forme di triage per realizzare risposte di continuità assistenziale maggiormente appropriate.

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

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

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

a - nome, cognome, 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.

6. Il medico utilizza, 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) il ricettario di cui alla Legge \_\_\_/2003, secondo le disposizioni vigenti in materia di nomenclatore tariffario delle prestazioni e dei presidi e di prontuario terapeutico, nonché in osservanza delle linee guida e dei criteri di appropriatezza aziendali, sulla base di specifici Accordi regionali.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

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

10.1. Le visite erogate in favore dei cittadini non residenti e che fruiscono occasionalmente delle prestazioni di continuità assistenziale, sono erogate secondo quanto previsto dall'art. 43 del presente Accordo e compensate con le tariffe di cui al comma 3 dello stesso articolo.

10.2. le tariffe di cui al comma precedente possono essere a carico dell'Azienda sulla base degli Accordi Regionali.

11. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:

- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 31 comma 3;
- la segnalazione personale diretta al medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito dei casi di particolare complessità rilevati nel corso degli interventi di competenza, oltre a quanto previsto dall'art. 54.

12. 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 a:

- a. informatizzazione dell'attività effettuata;
- b. Sviluppo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate per la popolazione assistibile di ogni fascia di età;
- c. definizione dei criteri e degli standard di qualità del servizio;
- d. Assistenza integrata a pazienti in particolare stato di disabilità;
- e. Sperimentazione di modelli tipo UTAP;
- f. Progetti di integrazione interprofessionale diversi dalle UTAP;
- g. Attività ambulatoriale, con eventuale erogazione di prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato D del presente Accordo e ad altre forme di incentivazione professionale.

## ART. 54 - RAPPORTI CON IL MEDICO DI FIDUCIA E LE STRUTTURE SANITARIE

0.1. 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 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 necessarie.

0.3. 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.

0.4. 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.

1.1. Alle specifiche modalità di comunicazione e di interazione professionale tra medici di Continuità Assistenziale, medico di Assistenza Primaria e strutture sanitarie di cui al precedente comma 0.4. potranno essere correlate specifiche quote variabili aggiuntive di compenso, da definirsi nell'ambito degli Accordi regionali.

1. 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 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, anche con modalità correlate a parti aggiuntive del compenso di cui all'art. 57, comma 5.

2. La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.

3. Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e - se del caso - la motivazione che ha indotto il medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che egli ritenga utile evidenziare.

4. Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentino caratteristiche di indifferibilità.

## ART. 55 – SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI

1. Il medico che non può svolgere il servizio deve avvertire il responsabile, indicato dalla Azienda, che provvede alla sostituzione.
2. L'Azienda, per sostituzioni superiori a 9 giorni, conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 2, comma 12, o, in mancanza, della graduatoria regionale di settore vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio della Azienda.
  - 2.1. Qualora ciò non fosse possibile l'Azienda per garantire il servizio potrà concordare con i medici incaricati un aumento delle ore settimanali oltre il limite previsto dal presente accordo. Al solo fine di garantire il servizio si potranno incaricare per non più di sei mesi l'anno medici non presenti della graduatoria regionale vigente esclusivamente in casi di carente disponibilità .
  - 2.2. Per carente disponibilità di cui al comma precedente, si intende la mancanza di medici per:
    - 1) Rinuncia degli iscritti alla graduatoria regionale di settore vigente.
    - 2) Superamento del tetto massimo di 164 ore mensili da parte dei medici già incaricati del servizio.
3. L'incarico di sostituzione può essere attribuito per un periodo da sei 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 3.3 del presente articolo.
  - 3.1. 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.
  - 3.2. Alla scadenza, un ulteriore incarico potrà essere conferito dalla Azienda ad un altro medico a seguire e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità (ex comma 12, art. 2) o, in mancanza, di quella regionale di settore, di cui al presente Accordo.
  - 3.3. Esaurite le procedure di cui ai commi 3.1 e 3.2, 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.
4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 49, l'Azienda può conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai commi 2 e 3.
5. L'azienda , per sostituzioni di durata pari o inferiore a 9 giorni utilizza i medici in reperibilità oraria presso quella sede.
6. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al coordinatore dell'UCA e al dirigente della Azienda preposto a tale funzione la impossibilità di assicurare il servizio di continuità assistenziale, quando impossibilitato egli può contattare tempestivamente il medico in reperibilità oraria perché lo sostituisca.
7. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 5 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. 11, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.
8. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 16 provvede la Azienda con le modalità di cui ai commi 2 e 3.

ART. 59 TER – TUTELA DELLA MATERNITÀ

1. il medico che si trovi in stato di gravidanza, fino dal primo momento del riscontro di tale stato, o in allattamento fino a sei mesi dopo il parto, se ne fa esplicita richiesta scritta, deve essere adibito, a cura della ASL e con l'accordo dello stesso medico, a condizioni di lavoro e/o a mansioni che possano efficacemente tutelare i diritti del nascituro o del neonato.
2. Qualora la ASL non sia in grado di assicurare le condizioni di cui al comma precedente, deve porre la lavoratrice in congedo retribuito.
3. La retribuzione di cui al comma precedente va calcolata, in base a quanto stabilito dal presente Accordo allo stesso modo di quanto avviene per le lavoratrici in servizio attivo.
4. Il medico che si trovi in gravidanza a rischio potrà fare domanda di essere posta in congedo retribuito ai sensi del precedente comma 2 producendo apposito certificato redatto da un ginecologo dipendente da una struttura pubblica.
5. E' fatto salvo quanto previsto dalle vigenti norme in merito ai periodi di astensione obbligatoria nel periodo di gravidanza e puerperio.
6. Il Comitato Regionale ex art. 12 dirimerà eventuali controversie applicative.

ART. 63 – INDIVIDUAZIONE E ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicarsi ai fini della successiva copertura.
2. Individuata la vacanza di incarico, la Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria Territoriale, come individuati al precedente comma 1.
4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dai precedenti commi:
  - a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno 18 mesi dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
  - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:
    - b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;
    - b2) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
    - b3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.
    - b4) medici sostituiti in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Territoriale che pur non essendo in graduatoria regionale (perché non in possesso dell'attestato di medicina generale e laureati dopo il 31/12/1994) hanno un'anzianità complessiva di incarichi a 38 ore pari ad almeno 6 mesi continuativi al fine di coprire i posti rimasti carenti vista la particolarità del servizio.
- 4 bis. A parità di anzianità per i medici di cui al comma 4 lett. a) prevalgono nell'ordine il voto di laurea, l'anzianità di laurea e infine la minore età.
5. I medici concorrenti devono essere in possesso, per accedere ai servizi di emergenza sanitaria territoriale, dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 22, comma 5, del D.P.R. n. 292/87, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 o dall'art. 66 del DPR 484/96 e dall'art. 66 del presente accordo.
6. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/2 o Q/5.

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

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

a. attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale;

b. 0,3 punti mensili per incarichi a 38 ore settimanali nell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

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

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

11. L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 4 in base alla anzianità di servizio; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b), dello stesso comma 4 e lettere b1) e b2) secondo l'anzianità di servizio e lettera b3) e b4), in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 8.

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

a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale per 38 ore settimanali; incarichi ad orari settimanali inferiori a 38 ore settimanali svolte nell'ambito dell'Emergenza Sanitaria Territoriale comportano una corrispondente proporzionale riduzione dell'anzianità;

b) anzianità di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, ancorché già computato nell'anzianità di cui alla lettera a).

I periodi di assenza per gravidanza, puerperio, malattia o infortunio e astensione obbligatoria sono considerati servizio effettivo ai sensi del presente comma.

13. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

14. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile, a cui il medico ha titolo in base alle priorità, tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.

15. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

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

17. È cancellato dalla graduatoria regionale, ai soli fini degli incarichi concernenti la emergenza sanitaria territoriale, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo.

18. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui al precedente comma 4 lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

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

19bis) I medici incaricati nell'emergenza territoriale a 38 ore settimanali a tempo indeterminato nella stessa azienda prima delle attribuzioni delle zone carenti hanno il diritto di effettuare i trasferimenti interni nelle postazioni rese vacanti seguendo l'ordine stabilito nel comma 4

20. L'azienda non potrà espletare le procedure di pubblicazione dell'incarico vacante del medico ricollocato ai sensi del precedente comma 20 se prima non sono state espletate le procedure per la ricollocazione del medico inidoneo e di trasferimenti interni.

21. I commi 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16 sono demandati alla contrattazione regionale che ne definisce contenuti, modalità di applicazione, ambiti di validità ed ogni altra condizione ritenuta necessaria dalle parti.

## ART. 64 BIS – CAMPO DI APPLICAZIONE E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'.

1. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro (e a integrazione nelle attività dei D.E.A./PS e aree afferenti, compresi i trasferimenti assistiti e protetti interospedalieri.)
2. Il personale medico in oggetto addetto al servizio aziendale e interaziendale di emergenza 118 può trovare collocazione in tre sedi: la Centrale Operativa 118, la postazione di soccorso avanzato periferica, il DEA / P.S.
3. Al fine di rendere i medici del sistema di emergenza parte integrante delle strutture territoriali ed ospedaliere e facilitare il loro aggiornamento professionale, il sanitario operante nel sistema di emergenza 118 può essere impiegato nelle sottoelencate sedi di lavoro:
  - a. ATTIVITA' NELLA CENTRALE OPERATIVA.
  - b. ATTIVITA' NELLE POSTAZIONI (FISSE O MOBILI).
  - c. ATTIVITA' NEI PS DEI DEA DI 1 E 2 LIVELLO, E NEI PS PERIFERICI.
4. L'Azienda sanitaria, prevedendo l'organico necessario alla copertura delle postazioni e, delle centrali 118, tiene conto che per questo personale un 1/3 delle ore di incarico deve preferibilmente essere svolto presso il DEA/P.S. e quindi che il totale delle ore necessarie deve essere dimensionato per tale esigenza.
5. Il Medico incaricato svolge la propria attività nel contesto di un sistema di emergenza, organizzato secondo recepimento della normativa Nazionale in vigore in materia di emergenza sanitaria.
6. Il lavoro del medico dell'emergenza si caratterizza per:
  - una fase operativa di assistenza sanitaria in emergenza;
  - una fase organizzativa, di preparazione logistica alle attività di soccorso, e programmazione, formazione e verifica.
7. Durante l'attività svolta in ambito extraospedaliero, in Centrale Operativa, e nelle strutture ospedaliere, il medico esplica il proprio operato nel rispetto degli indirizzi Nazionali e Regionali del Sistema Integrato delle Urgenze-Emergenze.
8. Il medico di emergenza sanitaria è responsabile coordinatore dell'attività di soccorso espletata dall'equipe sanitaria e si adopera per garantire la continua e uniforme applicazione dei protocolli operativi e l'appropriatezza delle cure prestate in riferimento agli standard dell'emergenza.
9. Il Medico di Centrale operativa sovrintende al coordinamento di tutte le attività organizzative, operative e gestionali relative al soccorso.
10. Le Regioni definiscono i canali informativi, le procedure e le modalità dell'aggiornamento continuo del Medico dell'emergenza, in materia di protocolli ed indirizzi Nazionali e Regionali del Sistema di Emergenza.
11. Al medico animatore di formazione per l'Emergenza iscritto all'Albo regionale dell'Emergenza sono attribuiti incarichi di responsabilità in materia di organizzazione e coordinamento interno ed esterno al sistema di Emergenza Sanitaria, preparazione logistica e programmazione dell'attività di soccorso, formazione e verifica dell'attuazione delle direttive regionali.
12. Le Regioni definiscono le modalità di partecipazione dei medici dell'emergenza alla programmazione del servizio, anche mediante incontri tecnici periodici tra i medici preposti, i responsabili delle centrali operative e i dirigenti Regionali preposti.

## ART. 65 – COMPITI DEL MEDICO – LIBERA PROFESSIONE

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti retribuiti con la quota fissa oraria:

- a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
- b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR. ; Le Regioni definiscono specifico iter per la formazione continua dei medici di emergenza sanitaria in materia di maxiemergenza. UN MEDICO DELL'EMERGENZA SANITARIA individuato dal responsabile di CO operativa, partecipa alla stesura ed all'aggiornamento annuale del piano di maxiemergenza della centrale operativa. Salvo diversa disposizione regionale il reperibile di maxiemergenza partecipa alla funzione 2 in Prefettura. Salvo diversa disposizione regionale il medico di ambulanza che interviene sul luogo del disastro assume il ruolo di COORDINATORE dei soccorsi sanitari
- c) trasferimenti assistiti nell'ambito dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, a bordo di autoambulanze attrezzate e nell'ambito della stessa Azienda;
- d) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza. Ogni Centrale Operativa si avvale della presenza in turno, con funzioni di responsabile dell'attività sanitaria, 24 ore su 24, di un medico incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Emergenza Sanitaria, o di un medico dipendente che svolge servizio attivo nell'emergenza sanitaria da almeno un anno.
- e) l'attività può inoltre essere svolta per almeno un terzo delle ore di incarico nell'ambito delle 38 ore settimanali, nelle ore in cui il medico non è impegnato in turni di copertura delle postazioni MSA o della Centrale Operativa, presso i DEA/PS dell'Azienda in cui è incaricato.

f) i medici di Emergenza Sanitaria Territoriale devono obbligatoriamente frequentare corsi di aggiornamento inerenti l'Emergenza per non meno di 60 ore annuali retribuite dall'Azienda.

1.1. Al fine di attribuire piena legittimità funzionale e giuridica all'attività svolta dai medici dell'emergenza sanitaria 118, allorquando si concretizzi in compiti di DEA/PS, così da poter loro consentire di svolgere gli stessi compiti e le stesse funzioni del personale medico DEA/PS dipendente, in guardia attiva, pur rimanendo la posizione giuridica ed economica dei medici 118 estranea all'organico aziendale, essendo regolata da apposita convenzione e considerato che la previsione della convenzione relativa all'utilizzazione del personale medico dell'emergenza sanitaria 118 mutua la natura dell'istituto del distacco, il rapporto di collaborazione presso le strutture dei DEA/PS, sarà formalizzato con un atto di utilizzazione da parte del responsabile della centrale operativa che dovrà essere emesso di concerto con il dirigente del dipartimento di emergenza.

1.2. I DEA ed i servizi di pronto soccorso delle aziende e/o dei presidi ospedalieri regionali sono individuati come le aree di continuità, in ambito intraospedaliero, delle attività dei medici convenzionati di emergenza sanitaria. Ai medici sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi regionali e del dirigente responsabile del DEA e del responsabile del PS, finalizzati a assicurare gli interventi diagnostico-terapeutici di pronto soccorso inclusa l'osservazione breve dei pazienti affluenti a tale struttura. L'autonomia tecnico professionale, con le connesse responsabilità, si attua nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi dal DEA/PS, in accordo con il Responsabile medico della C.O. 118, o suo delegato e l'OSS di categoria firmatarie del presente accordo.

2. I medici di cui al comma precedente possono inoltre, sulla base di appositi accordi regionali ed aziendali:

- a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende Sanitarie e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda stessa facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;
- b) essere utilizzati per attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc..
- a) Ai medici che abbiano maturato cinque anni di anzianità di servizio come titolari di incarico a tempo indeterminato a 38 ore può essere assegnato per delega del Responsabile Medico organizzativo di C.O. 118 l'incarico di referente di CO con compiti di coordinamento organizzativo della centrale stessa, di rapporti con l'esterno e progettazioni particolari di servizi di emergenza. Inoltre, i medici con le medesime caratteristiche e secondo le precedenti modalità, possono essere incaricati della sostituzione temporanea del responsabile medico di centrale in caso di assenza dello stesso;
- c) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa ed ala rotante. In questo caso la Regione si impegna a:
  - Stabilire lo specifico iter formativo, terminato il quale i medici risulteranno iscritti in apposita graduatoria;
  - Determinare i relativi parametri di valutazione, certificazione, accreditamento;
- d) operare in autonomia ai fini di fornire prestazioni di emergenza urgenza nei PUNTI DI PRIMO SOCCORSO, qualora realizzati dalle Aziende. Il responsabile della centrale operativa di competenza è garante di un'equa distribuzione dei turni individuali tra DEA/PS e punti di primo soccorso.

2.1. Le Aziende sanitarie, con proprio atto amministrativo e acquisito il parere del Responsabile della C.O. 118, possono assegnare ai medici di emergenza sanitaria, con le caratteristiche di cui al comma precedente, d), qualora abbiano optato per la dipendenza l'incarico di Responsabile aziendale dell'Emergenza Sanitaria;

3. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e aggiornamento del personale non medico del servizio.

4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale in possesso del titolo di animatore di formazione possono essere attribuiti anche compiti di formazione e aggiornamento del personale medico del servizio.

4.1. Entro novanta giorni dalla pubblicazione del presente accordo la regione si impegna a definire in collaborazione con le OOSS firmatarie del presente accordo i criteri per l'individuazione e la retribuzione dei medici animatori in formazione per l'emergenza sanitaria territoriale con possibilità che questi diventino docenti di materie di emergenza sanitaria.

5. Sulla base di apposita programmazione Regionale e Aziendale i medici dell'Emergenza possono partecipare, secondo accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.

6. Il medico addetto alla Centrale Operativa deve essere fisicamente presente al suo posto durante il turno di servizio.

7. il medico di turno in servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo sia che si tratti della Centrale Operativa, PET o Pronto Soccorso. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.

8. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio

medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'art. 68.

9 il medico incaricato per le attività di emergenza sanitaria territoriale può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

10. In ogni postazione di soccorso avanzato, tra i medici ivi operanti, è individuato dal Responsabile medico Aziendale 118, sentito il Responsabile C.O. 118, un medico incaricato a tempo indeterminato con funzioni di Responsabile di postazione rinnovabile a cadenza annuale che ha il compito di provvedere all'organizzazione e gestione della postazione assegnatagli nel rispetto delle normative, dei protocolli e delle linee guida regionali emanate in materia.

Sono programmati incontri a cadenza mensile di confronto tra i medici responsabili di postazione e i responsabili delle centrali operative.

11. i medici di emergenza possono partecipare a scuole di specializzazione a costo zero utilizzando i posti riservati per i medici dipendenti essendo il loro un rapporto parasubordinato

12. L'espletamento di attività rientranti nel novero del servizio di Medicina Legale, qualora richieste dall'Azienda ed espletate dai Medici dell'emergenza Sanitaria, comporteranno a carico dell'Azienda l'onere della relativa remunerazione secondo la tabella di cui all'art. \_\_\_\_.

12. Si definiscono come sedi di lavoro le postazioni, la Centrale Operativa e i D.E.A./P.S. individuati dalla Azienda presso le quali i medici svolgono l'incarico. Forme di organizzazione del servizio di emergenza sanitaria diverse da quelle contemplate dal presente accordo potranno essere concordate con le OOSS firmatarie.

13. I commi 2, 3, 4, 5, 7, 8 sono demandati alla contrattazione regionale che ne definisce contenuti, modalità di applicazione, ambiti di validità ed ogni altra condizione ritenuta necessaria dalle parti.

ART. 65 BIS – TUTELA DELLA MATERNITÀ

1. il medico che si trovi in stato di gravidanza, fino dal primo momento del riscontro di tale stato, o in allattamento fino a sei mesi dopo il parto, se ne fa esplicita richiesta scritta, deve essere adibito, a cura della ASL e con l'accordo dello stesso medico, a condizioni di lavoro e/o a mansioni che possano efficacemente tutelare i diritti del nascituro o del neonato.
2. Qualora la ASL non sia in grado di assicurare le condizioni di cui al comma precedente, deve porre la lavoratrice in congedo retribuito.
3. La retribuzione di cui al comma precedente va calcolata, in base a quanto stabilito dal presente Accordo allo stesso modo di quanto avviene per le lavoratrici in servizio attivo.
4. Il medico che si trovi in gravidanza a rischio potrà fare domanda di essere posta in congedo retribuito ai sensi del precedente comma 2 producendo apposito certificato redatto da un ginecologo dipendente da una struttura pubblica.
5. E' fatto salvo quanto previsto dalle vigenti norme in merito ai periodi di astensione obbligatoria nel periodo di gravidanza e puerperio.
6. Il Comitato Regionale ex art. 12 dirimerà eventuali controversie applicative.

## ALLEGATO A1 - INQUADRAMENTO IN RUOLO

1. I medici incaricati a tempo indeterminato a 38 ore settimanali nel servizio di emergenza sanitaria ex art. 66, che abbiano maturato alla data di pubblicazione del presente accordo cinque anni di anzianità di servizio come titolari, o comunque al compimento del quinto anno di titolarità, a norma dell'art. 8 comma 1bis del DL 502 del 30/12/92 e successive modificazioni ed integrazioni, possono essere inquadrati nel ruolo sanitario nella disciplina di medicina e chirurgia di urgenza ed accettazione, o istituendo scuola di specialità in medicina di urgenza e pronto soccorso.
2. Ai medici eventualmente inquadrati nei ruoli di cui al comma precedente, è riconosciuta l'anzianità di servizio maturata in convenzione secondo quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2001.
3. In deroga alle disposizioni di cui all'art. 4, comma 2, lettera f), il personale medico dell'emergenza sanitaria con incarico a tempo indeterminato, privo di specializzazione, in servizio nelle strutture sanitarie, inserite nella rete formativa delle scuole di specializzazione, delle aziende ospedaliere, delle unità sanitarie locali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'art.4, comma 12, del D.Lgs n 502/92 e successive modificazioni, è ammesso alle scuole di specializzazione, in soprannumero rispetto ai numeri programmati, nei limiti e con modalità stabiliti, per ogni disciplina, di intesa tra le Università e Regioni, senza oneri aggiuntivi per l'ente di appartenenza e tenuto conto della capacità recettiva della rete che concorre alla formazione. La frequenza della scuola di specialità non preclude lo svolgimento dell'attività lavorativa.
4. Ai medici di cui al comma 2 del presente articolo è data la possibilità di mantenere la contribuzione previdenziale presso l'ente di appartenenza in convenzione secondo quanto previsto all'art.6 della legge 401 del 2000.

## CAPO VI - GLI ACCORDI REGIONALI

Le Regioni e le Organizzazioni sindacali contraenti ritengono di dover fare, preliminarmente alla definizione dell'articolato relativo al presente Capo, alcune considerazioni politiche generali su di esso.

La stesura degli articoli seguenti e che riguardano gli Accordi Regionali, assume uno specifico significato in relazione alle modifiche costituzionali e legislative che hanno caratterizzato il nuovo quadro federalista del Paese e che definiscono in modo nuovo la materia della sanità, ma più in generale i temi complessivi della protezione sociale e della tutela socio-sanitaria della persona e della collettività.

In questo senso non indifferenti sono le problematiche inerenti il riconoscimento delle specificità storiche, geografiche, culturali e dell'organizzazione sociale, nonché quelle inerenti la distribuzione della ricchezza, tutte tematiche che sono alla base delle riflessioni sul concetto più ampio del federalismo e del rivendicato diritto delle regioni all'autogoverno dei propri bisogni.

Essendo peraltro innegabile che nel Paese sia rappresentata una ampia varietà di realtà sociali e sanitarie, in linea con la differente capacità di sviluppo dei sistemi, delle potenzialità gestionali, capacità di utilizzo delle risorse, di produzione di valori aggiunti, anche in termini di risorse supplementari, di sviluppo delle innovazioni, e quanto altro sia stato in grado di marcare, in molti casi con notevole margine, una differenza tra regioni forti veloci ed efficienti, e regioni deboli, lente e iperburocratizzate, appare logica la pretesa di maggiore autonomia da parte di molte regioni, soprattutto in materia sanitaria, nel segno di un passato florido e di un presente generalmente moderno ed efficiente.

Ma se da un lato questa posizione appare legittima ed in linea con il percorso di aziendalizzazione che le norme hanno disegnato, dall'altro occorre non dimenticare che il fine ultimo dei sistemi sanitari, nazionali o regionali che siano, è quello di garantire il diritto alla salute come bene individuale e interesse della collettività, secondo principi universalistici e solidaristici che rendano, dunque, indipendente dalle differenze di censo, di religione, di razza, di cultura l'accesso alle prestazioni appropriate al perseguimento dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

E' in coerenza con quest'ultima affermazione che occorre posizionare gli Accordi regionali, garantendo, aggiuntivamente ai Livelli assistenziali nazionali uguali per tutti i cittadini italiani, i livelli appropriati alla specifica realtà regionale mantenendo inalterata la base normativa ed economica del presente accordo.

Lo stesso principio riteniamo possa essere validamente espresso per gli accordi aziendali, che costituiscono una possibilità ulteriore per accrescere il livello di assistenza ai cittadini, ma con la massima attenzione a non creare, all'interno della stessa Regione, eccessive differenze tra un'azienda e l'altra, come anche, all'interno della stessa azienda, tra un distretto e l'altro.

La convinzione che la realizzazione di pari diritti per tutti i cittadini, in sanità come in ogni campo del vivere civile, ma particolarmente nella tutela dei diritti sociali, passa per la garanzia di medesime condizioni di partenza e dunque per il recupero di eventuali ritardi e nella risoluzione delle cause di ineguaglianza, rende necessaria una azione di coordinamento forte sia delle Regioni che delle parti sindacali per realizzare, nel caso del presente Accordo, la definizione uniforme dei LEA della medicina generale a tutela dei pari diritti dei cittadini delle diverse regioni.

Gli Accordi regionali, da questo punto di vista, rappresentano una grande opportunità

## ART. 69 - AMBITI CONVENZIONALI DI LIVELLO REGIONALE

1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

1.1. Coerentemente con il nuovo impianto normativo che traccia le linee di indirizzo del presente Accordo e nel quadro di una lineare uniformità di indirizzi, obiettivi e strumenti, i sotto elencati articoli (ex dpr 270/2000),

- 7 - comunicazioni del medico all'azienda;
- 15 - Equipages territoriali;
- 20 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria;
- 21 - Instaurazione del rapporto convenzionale;
- 23 - Sostituzioni;
- 24 - Incarichi provvisori;
- 30 - Elenchi nominativi e variazioni mensili;
- 32 - Compiti del medico e quota variabile di compenso, con compensi aggiuntivi;
- 40 - Forme associative dell'assistenza primaria;
- 56 - Organizzazione della reperibilità;
- 60 - Attività programmate;
- 61 - Compenso;
- 63 - Individuazione ed attribuzione degli incarichi;
- 64 - Massimale Orario;
- 65 - Compiti del medico-libera professione;
- 66 - Idoneità dell'esercizio dell'attività di emergenza;
- 67 - Sostituzioni, incarichi provvisori, responsabilità;
- 69 - Ambiti Convenzionali di livello regionale;
- 70 - Prestazioni e attività aggiuntive;
- 71 - Associazionismo medico;
- 72 - Programmi di attività e livelli di spesa programmati;
- 73 - Contrattazione;
- 74 - Compensi;
- 75 - La contrattazione aziendale;
- 76 - condizioni disagiate di attività professionale,

I suddetti articoli vengono integrati dai rispettivi Accordi Regionali: sono cioè demandati per la loro riorganizzazione e definizione alla trattativa nelle singole Regioni per cogliere ogni specificità e novità che a livello locale, sul piano organizzativo, consentano il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale.

1.2. Sono comunque fatti salvi, per ciascuno di tali articoli, i contenuti specificatamente sotto indicati che restano di competenza nazionale;

*Art.n.7 - comunicazioni del medico all'azienda*

Il comma 1

I commi 3-4-5-6 e 7 vengono spostati nell'art. 17.

*Art. n. 15 - Equipages territoriali*

I commi 1,1.1 e 3

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

I commi 1-4-7-8-12-13 -16 e 17

*Art. n. 21 - Instaurazione del rapporto convenzionale*

I commi 1-2-3-7-8 e 11.

*Art. n. 23 - Sostituzioni*

La obbligatorietà della sostituzione in caso di assenza, il trattamento minimo garantito al sostituto e i commi 2-5-7-10-11 e 12.

*Art. n. 24 - Incarichi provvisori*

I commi 1-2 e 3.

*Art. n. 30 - Elenchi nominativi e variazioni mensili*

I commi 1-2.

*Art. n. 32 - Compiti del medico e quota variabile di compenso, con compensi aggiuntivi*

La definizione di un fondo a riparto costituito sulla base di una quota capitarla per assistito stabilita a livello nazionale

*Art. n. 40 permane l'articolo nella sua interezza ma sono consentite integrazioni sperimentali decise dall'Accordo Regionale*

*Art. n. 56 - Organizzazione della reperibilità*

La obbligatorietà dell'istituto e la esclusività da parte dei medici addetti al servizio con relativa retribuzione minima garantita

*Art. n. 63 - Individuazione ed attribuzione degli incarichi*

I commi 1-2-3-4-5-8-11-12-17 e 18.

*Art. n. 64 - Massimale Orario*

Il comma 1.

*Art. n. 65 - Compiti del medico-libera professione*

I commi 1-6 e 9.

*Art. n. 66 - Idoneità dell'esercizio dell'attività di emergenza*

I commi 1 e 2

*Art. n. 67 - Sostituzioni, incarichi provvisori, responsabilità*

I commi 1 e 2.

*Art. n. 69 - Ambiti Convenzionali di livello regionale*

Il comma 1; recepisce inoltre il disposto generale degli articoli 70 -71 -72 -74 75 – 76

*Art. n. 73 – Contrattazione*

I commi 1, 2, 3, 4 e 5

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

- a) in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
- b) in forma associativa complessa e integrata;
- c) per il rispetto di livelli di spesa programmati.

3. Nell'ambito degli Accordi di cui al presente Capo, le Regioni definiscono ed indicano le modalità tecnico-organizzative per l'armonizzazione delle attività di medicina generale assicurate dalle diverse Aziende.

4. La armonizzazione dell'attività delle diverse Aziende assume particolare rilievo riguardo alla realizzazione di azioni programmatiche e progetti assistenziali mirati, oltre che di specifici interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria, particolarmente per quelli che interessano cittadini assistiti da medici operanti nello stesso comune e iscritti negli elenchi di Aziende diverse.

5. Gli accordi regionali possono prevedere:

- l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, per:
  - a) recupero delle cronicità da parte del MMG per intercettare sul territorio prestazioni di I° livello

- b) interventi sanitari relativi all'età anziana a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività;
- c) assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali
- d) processi assistenziali riguardanti patologie sociali
- e) assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale,
- f) sperimentazione di iniziative di telemedicina
- g) partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale
- h) prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato D), parte "A" e "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.

- lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) partecipazione a procedure di verifica della qualità
- b) svolgimento di attività di ricerca epidemiologica
- 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 dati sanitari, anche attraverso flussi informativi, a fini epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.

6. Gli accordi regionali disciplinano, in via esclusiva, la sperimentazione di ulteriori forme associative oltre a quelle previste dall'articolo 40, tra medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente Accordo.

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, come individuate ai sensi dei precedenti commi, può prevedere:

- a) la gestione da parte della associazione di locali, attrezzature e personale, forniti direttamente dalle Aziende o indirettamente attraverso accordi con altri soggetti;
- b) la gestione di studi e attività professionali complesse, sulla base di appositi standard definiti a livello nazionale o regionale;
- c) differenti modalità di erogazione dei compensi;
- d) la dislocazione delle sedi e il collegamento funzionale tra queste.

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.

7. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.leg.vo 502/92 e successive modificazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

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, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.

I progetti a livello di spesa programmato devono comunque essere realizzati tenendo conto:

- della spesa storica corrispondente
- dell'analisi dello spettro di popolazione di riferimento in relazione all'obiettivo proposto;
- dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;
- della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto;
- di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;
- della distinzione delle spese direttamente indotte dai medici di medicina generale e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;
- dell'effetto derivante da incrementi dei costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci o introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);
- di eventuali altre disposizioni previste dagli Accordi regionali e aziendali.

Gli Accordi regionali o aziendali definiscono la tipologia degli incentivi previsti per i progetti a livello di spesa programmato (disponibilità di beni e servizi, finanziamento delle attività distrettuali, premi parziali per i medici, ecc.) e la loro eventuale articolazione all'interno del progetto.

8. 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 al comma precedente.

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

9. 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 rispetto agli obiettivi generali della programmazione regionale

10. Nell'ambito degli accordi regionali di cui al presente Capo possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale, quali, ad esempio, la frammentazione degli insediamenti abitativi nell'ambito territoriale, l'onerosità dei locali di studio, le difficoltà di percorrenza nei tragitti per le attività domiciliari e le difficoltà connesse alle grandi realtà urbane.

11. I commi 2, 3, 4 sono demandati alla contrattazione regionale che ne definisce contenuti, modalità di applicazione, ambiti di validità ed ogni altra condizione ritenuta necessaria dalle parti.

## ART. 73 – CONTRATTAZIONE

1. Gli accordi regionali sono discussi e stipulati dal Comitato Regionale ex art. 12
2. La contrattazione per la definizione degli Accordi Regionali è attivata entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo sulla Gazzetta Ufficiale ed è conclusa dalle parti entro 120 giorni dalla sua attivazione.
3. In caso di mancata chiusura della contrattazione regionale nei termini previsti dal precedente comma 2., ciascuna delle parti può richiedere l'intervento della SISAC che unitamente alle OOSS maggiormente rappresentative a livello nazionale della medicina generale definiscano l'Accordo regionale, sia nel merito delle procedure che dei contenuti dello stesso.
6. Gli accordi regionali sono vincolanti nei confronti dei medici convenzionati nella Regione per i compiti previsti. In alternativa può essere espressamente prevista, per altre attività, l'adesione volontaria ad iniziative specifiche contenute negli accordi.
7. Gli accordi regionali possono prevedere, in relazione alle specificità del loro contenuto:
  - il possesso di particolari requisiti da parte del medico convenzionato per la partecipazione alle attività concordate;
  - l'uso da parte dei medici convenzionati di locali, attrezzature e personale fornito direttamente dalla Azienda, o mediante rapporti con terzi, o dai medici stessi;
  - appositi standard di ambulatorio per le prestazioni oggetto di accordo.
8. Gli accordi regionali devono prevedere altresì:
  - a) la disciplina dei rapporti tra i dirigenti delle attività distrettuali e i medici convenzionati in relazione al tipo di attività;
  - b) la regolamentazione dei rapporti tra gli operatori coinvolti.
9. I commi 6, 7, 8 del presente articolo sono demandati alla contrattazione regionale che ne definisce contenuti, modalità di applicazione, ambiti di validità ed ogni altra condizione ritenuta necessaria dalle parti.