

# ARTICOLI EMENDATI DA SNAMI PER SISAC E COMITATO DI SETTORE

va eliminata la parte ~~barrata ed evidenziata in giallo~~,  
va aggiunta la parte scritta in rosso in grassetto,  
*[i commenti sono in blu, corsivo e tra parentesi quadra]*

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

---

*[da eliminare il comma 2: inaccettabile che si possa perdere il rapporto di convenzionamento per la mancata adesione “agli obiettivi ed ai percorsi concordati”]*

2. ~~La mancata adesione agli obiettivi e percorsi concordati, diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione fino alla revoca, secondo quanto previsto dai rispettivi articolati di settore.~~

## ART. 8 - STRUTTURA DEL COMPENSO

---

*[inaccettabile che parte del compenso sia legata ad incentivi per la “appropriatezza”]*

1. Concorrono alla costituzione del compenso dei medici di cui al presente Accordo:
  - a) quota capitaria ponderata per assistito e/o quote orarie;
  - b) incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione **e appropriatezza**;

## ART. 14 - CONTENUTI DEMANDATI ALLA NEGOZIAZIONE REGIONALE

---

*[comma 2: la definizione dei Compiti dei due Comitati deve avvenire in sede nazionale: a livello regionale si potrà unicamente stilare un regolamento applicativo;  
comma 6 e 7; eliminati i riferimenti ai livelli di spesa ed al budget]*

2. In armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo, e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, sono demandati alla trattativa regionale, sulla base di indirizzi generali individuati nel presente Accordo, oltre agli specifici singoli richiami, i seguenti articoli ed Allegati ai fini della loro ~~riorganizzazione e~~ definizione:

~~Capo I: Art. 23 – Comitato aziendale~~

~~Art. 24 – Comitato Regionale;~~

6. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.l.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.~~

7. Gli accordi regionali disciplinano la forma, le modalità di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti, in rapporto al tipo di attività svolta dal medico convenzionato, anche in forma associata.

~~Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale può essere prevista la fornitura di personale, locali e attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui 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.~~

## ART. 17 - INCOMPATIBILITÀ

2. È, inoltre, incompatibile il medico che:

- a) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta o di attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti limiti e deroghe al disposto di cui alla presente lettera;
- b) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- c) operi, a qualsiasi titolo, salvo diversi accordi regionali, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o che abbiano rapporti contrattuali con aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni; tale incompatibilità opera nei confronti dei medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali ma solo nei confronti dei propri assistiti, e determina le conseguenti limitazioni del massimale;
- d) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, D.L.vo n. 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni;
- e) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale o a corsi di specializzazione, **fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti e con l'esclusione dei medici di emergenza sanitaria territoriale che si siano iscritti alle scuole di specializzazione senza borsa di studio usufruendo dei posti riservati ai dipendenti;**
- f) fruisca di trattamento di quiescenza relativo ad attività convenzionate e dipendenti del SSN, fatta esclusione per i medici già titolari di convenzione per la medicina generale all'atto del pensionamento. Tale incompatibilità non opera inoltre nei confronti dei medici che si trovavano in tale condizione alla data di pubblicazione del DPR 270/2000, di quelli previsti al comma 8 dell'art. 39 del presente Accordo, e di quelli che fruiscono del trattamento di quiescenza del solo fondo generale dell'Enpam.

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

---

*[la regolamentazione delle ferie è un istituto proprio della dipendenza]*

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

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

## ART. 19 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE

---

*[comma 1 lettera f): improprio il riferimento alle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile e l'accertamento del diritto a percepire le pensioni privilegiate; inoltre il medico non può nominare un suo rappresentante come sembra democraticamente corretto; meglio tornare al dettato del 270/2000]*

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

- a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.L.vo n. 229/99, che è facoltà del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.L.vo 30/12/92, n. 503;
- b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 30;
- c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso in caso di trasferimento e di due mesi negli altri casi;
- d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 17;
- e) per sopravvenuto, accertata e contestata venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 36;
- ~~f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei medici competente per territorio.~~
- f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei medici competente per territorio.**
- g) per accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'art. 30.

*[comma 2 lettera b): appare incongruo e vessatorio arrivare alla decadenza del rapporto nel caso prospettato]*

2. Sono inoltre motivi di decadenza del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure di cui all'art. 30:
- a) l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente accordo e dagli accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso;
  - ~~b) l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente Accordo~~

*[comma 3: appare ingiusto e vessatorio arrivare alla decadenza del rapporto nel caso prospettato, si propone abbassare il limite minimo a 150 scelte]*

3. Il medico che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di assistenza primaria non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. **150** ~~300~~ **unità**, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento è adottato dalla competente azienda, sentiti l'interessato e il comitato di cui all'art. 23.

## ART. 20 - FORMAZIONE CONTINUA

---

*[l'articolo è stato modificato alla luce del fatto che, oggi, l'ECM è obbligatoria per tutti i professionisti sanitari e sarà obbligatorio realizzare 150 punti ECM in tre anni; ogni altro obbligo appare anacronistico e contrario alle vigenti disposizioni di Legge; anacronistico appare anche il riferimento all'aggiornamento espresso in termini orari; il comma 10 è stato eliminato in quanto è pleonastico visto il comma 7; il comma 11 è stato modificato per consentire ai MMG di aggiornarsi anche all'esterno delle Aziende, soprattutto alla luce del fatto che molte di esse non svolgono un numero sufficiente di corsi di aggiornamento]*

8. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale e, orientativamente, i temi della formazione **obbligatoria** saranno scelti, in modo da rispondere:
- a) ad obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria;
  - b) ad obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti deontologici e legali;
  - c) all'integrazione tra Territorio ed Ospedale.

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

11. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale, fino alla concorrenza ~~del 30%~~ **70%** dei crediti previsti per l'aggiornamento.

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

## ART. 22 - RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE

---

*[comma 10: bisogna precisare che il requisito del 3% (così come quello del 5%) è inteso come percentuale delle deleghe sindacali e non del numero totale dei MMG; comma 11 le OOSS maggiormente rappresentative a livello nazionale vanno sempre ammesse alla contrattazione aziendale]*

10. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi regionali, purché in possesso a tale livello di una rappresentatività pari ad almeno il 3%.

11. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo regionale e in possesso del requisito di rappresentatività di cui al comma 6 a livello aziendale.

## ART. 23 - COMITATO AZIENDALE

---

*[v. nota all'articolo 14; si noti che l'aggiunta al comma 1 si rende necessaria per evitare i contenziosi e puntualizzare meglio le OOSS che hanno accesso al Comitato Aziendale anche in armonia con quanto disposto dall'articolo 22]*

1. In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, e' costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative **ai sensi dell'Art. 22.** a livello aziendale. I compiti e le modalità di funzionamento del comitato sono definite dagli Accordi regionali.

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

## ART. 24 - COMITATO REGIONALE

---

*[v. nota all'articolo 14]*

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

## ART. 26 – EQUIPE TERRITORIALI

---

*[così come con le UTAP, l'adesione alle équipe deve essere volontaria]*

3. L'équipe territoriale è:

- a) **uno degli** strumenti attuativi della programmazione sanitaria;
- b) momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

6. Al fine di assicurare l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della équipe territoriale **fanno possono far** parte le

figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni.

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

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

---

*[v. commento agli artt. 7, 8, 14, etc.]*

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

- a) Quota fissa oraria - in relazione a quanto previsto dai rispettivi Capi del presente Accordo - o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente accordo;
- b) ~~Una quota variabile in funzione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui all'art. 8, comma 1, lett. f) del decreto legislativo sopra richiamato;~~
- b) **una quota variabile finalizzata al raggiungimento di *standard erogativi ed organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale.***
- c) Una quota variabile in funzione delle prestazioni e delle attività previste nel presente accordo e negli accordi regionali, ~~in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) sopra richiamata.~~

## **ART. 29 - FUNZIONI DELLA MEDICINA GENERALE**

---

*[comma 2: si può parlare di funzioni della Medicina Generale ma di compiti del Medico di Medicina Generale: che non è un dipendente ma bensì un convenzionato;  
comma 3: questo tipo di proposta non può essere affidata ai medici associati;  
comma 4: v. precedenti commenti]*

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

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

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

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

---

*[Riproponiamo il nostro articolato di mediazione poiché è nostra opinione che sia antiggiuridico pensare all'assenza di un giudizio di secondo livello; si ribadisce che il MMG deve avere il diritto, nella celebrazione di un "arbitrato", di nominare un proprio rappresentante; si riafferma la ferma contrarietà a coinvolgere l'Ordine degli Avvocati su questioni di carattere disciplinare ed amministrativo che riguardano meno di 50.000 professionisti in tutta Italia; va riscritto (così come era stato precisato nel 270/2000) che i termini imposti dal presente articolo sono perentori: è l'unico modo per dare la garanzia di un corretto svolgimento del procedimento al medico accusato]*

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 arbitrale si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

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

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

12. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 2 lettera d), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto secondo quanto previsto dal comma 2 dell'Allegato C.

13. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi, un anno per quelle di cui comma 2 **lettere a) e b)** e due anni per quelle di cui al comma **2 lettere c), d) e)** dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro irrogazione.

**14. I termini previsti dal presente articolo sono perentori.**

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

#### **ART. 33 - RAPPORTO OTTIMALE.**

---

*[quelli indicati sono già limiti frutto della lunga trattativa svoltasi nel settembre 2004!]*

9. Fino alla stipula dei nuovi Accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere, per ciascun ambito territoriale può essere iscritto solamente un medico ogni **1000 1100** abitanti residenti o frazione di **1000 1100** superiore a **500 600**, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque fino ad aumento massimo **del 30% di 1300.**

12. In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui ai commi 2 e 3, in tutte le circoscrizioni e nelle zone con oltre **500 600** abitanti di ambiti territoriali dichiarati carenti ai sensi dell'art. 34 comma 1, sentito il Comitato Aziendale deve esser comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente, nell'ordine di inserimento, degli ultimi medici inseriti.

#### **ART. 34 - COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.**

---

*[il MMG di A. Primaria non è un dipendente, né gli ambulatori sono reperiti e finanziati dalle Aziende: solo questi elementi giustificerebbero le norme contenute nei commi 11 e 12!]*

~~11. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'Azienda, può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.~~

~~12. La indicazione di cui al comma 11 costituisce vincolo alla apertura di uno studio di assistenza primaria nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l'Azienda, nel pubblicare gli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.~~

## ART. 35 - INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE

---

*/v. commento all'articolo 34; anacronistico e immotivato l'obbligo di residenza prescritto dal secondo punto del comma 3/*

3. Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 2, il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al comma 12, deve:
- aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, ~~tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 34 comma 11,~~ uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 36 e darne comunicazione alla Azienda;
  - ~~richiedere il trasferimento della residenza o eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;~~
  - comunicare l'Ordine professionale provinciale al quale è iscritto.

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

---

*/comma 5: medesimo effetto richiesto da parte pubblica ma più logica ed equilibrata la relativa applicazione dello stesso;*

*comma 9. impensabile arrivare all'istituto obbligatorio della reperibilità per il MMG/*

5. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e comunque **una ora settimanali ogni 100 iscritti con un minimo di 5 ore settimanali non inferiore a:**

- a) ~~5 ore settimanali fino a 500 assistiti.~~
- b) ~~10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti.~~
- c) ~~15 ore settimanali da 1000 e 1500 assistiti.~~

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

I medici che aderiscono a forme associative della medicina generale sono tenuti a garantire l'apertura dello studio secondo le determinazioni previste e definite in sede di contrattazione regionale per le singole tipologie di associazione.

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

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

---

*[appare utile demandare questa norma alla contrattazione regionale; il termine dei tre mesi appare inapplicabile]*

6. I medici possono autolimitare il proprio massimale, che non può essere inferiore al rapporto ottimale **salvo quanto disposto dai singoli accordi regionali**, di cui agli Accordi regionali, di cui all'articolo 33, comma 9. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.

7. Le autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo devono essere formalmente adeguate dal medico interessato al disposto del precedente comma 6 entro **3-12** mesi dalla data di entrata in vigore del presente Accordo. In difetto di tale adempimento provvede l'Azienda, che ne dà comunicazione al medico interessato, anche ai fini della applicazione delle norme sulle incompatibilità di cui all'articolo 17 del presente Accordo.

## ART. 45 - COMPITI DEL MEDICO

---

*[oltre a quanto già precisato nei commenti agli artt. precedenti,*

*- la partecipazione alle aggregazioni deve essere sempre volontaria, così come più volte concordato;*

*- la certificazione di malattia deve essere rilasciata dal solo quarto gg così come ovunque a livello europeo e transeuropeo]*

2. L'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma 1 si realizza con:

- a) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico;
- b) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero nelle sue varie fasi;
- c) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico e tenuto conto di quanto previsto all'art. 59, lett. B, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del SSN, secondo standard e modalità definiti nell'ambito degli Accordi regionali e tenuto conto della normativa nazionale, anche con riferimento alla Carta nazionale dei servizi di cui alla legge ..... ;
- d) La disponibilità per gli assistiti, nei locali dello studio medico, della carta dei servizi definita dagli Accordi regionali in merito ai compiti ed ai doveri e diritti del medico e dei cittadini;
- e) la partecipazione **volontaria** alle forme organizzative territoriali, con le modalità e secondo quanto disposto dal successivo comma 3.
- f) l'aggregazione in centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per specifici obiettivi del Distretto;
- g) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- h) 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.

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

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

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

- a) **L'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 26;**
- b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:
  - l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;

- la donazione di sangue, plasma e organi;
  - la cultura dei trapianti;
  - il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
  - l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
  - la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;
- c) obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;
- d) l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

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

---

*lla precisazione è d'obbligo per non aprire inutili contenziosi in seguito a quanto già deciso in numerosi accordi aziendali e regionali*

6. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma **salvo quanto previsto dagli accordi regionali e aziendali**, è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché, quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

7. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino **salvo quanto previsto dagli accordi regionali e aziendali**.

#### **ART.52 - CERTIFICAZIONE DI MALATTIA PER I LAVORATORI.**

---

*fv. sopra all'articolo 45 comma 2 lettera i)*

1. Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80 **a partire dal quarto giorno di assenza dal lavoro**. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi fa parte dei compiti di cui all'art. 45, comma 2.

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

---

*[la precisazione è d'obbligo per non aprire inutili contenziosi in seguito a quanto già deciso in numerosi accordi regionali]*

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

## **ART. 57 - VISITE OCCASIONALI.**

---

*[appare impensabile concordare compensi inferiori a quanto disposto dal 270/2000]*

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

- visita ambulatoriale: € ~~15,00~~ **20,00**
- visita domiciliare: € ~~25,00~~ **30,00**

## **ART. 59 - TRATTAMENTO ECONOMICO.**

---

### ***[PROPOSTA DI MEDIAZIONE:***

- *assegno ad personam che sostituisce gli scatti per l'anzianità di laurea, legato al resto del compenso per le future rivalutazioni contrattuali*
- *quota per i nuovi entrati che sostituisce anche nel futuro l'assegno in questione*
- *gestione corretta e trasparente del fondo derivato dal risparmio per l'eliminazione degli scatti di anzianità*
- *rivalutazione degli arretrati anche non montanti e progressivi ma almeno pari all'inflazione reale;*
- *rivalutazione assistiti minori di 14 aa e ultrasettantacinquenni almeno pari all'inflazione;*
- *rivalutazione aumenti sulle forme associative semplici almeno per arrivare a 3,00 euro/paziente/anno a fronte dei notevoli aumenti proposti da parte pubblica per la medicina in rete e di gruppo]*

## **A - QUOTA CAPITARIA**

1. I medici di cui al presente comma hanno diritto, fino alla cessazione del rapporto convenzionale, ed anche in caso di trasferimento, all'assegno individuale, così come determinatosi al 31.12.2005 **salvo ulteriori rivalutazioni alle scadenze contrattuali;**

3. Questo fondo si arricchirà anche con gli assegni individuali resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale di singoli medici **e con quanto accantonato per l'abolizione degli scatti di anzianità già previsti dal disposto dell'art. 45 dpr 270; i dati di questo fondo saranno resi pubblici con cadenza annuale a cura della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati.**

6. A ciascun Medico di assistenza primaria che assume l'incarico convenzionale a tempo indeterminato dopo l'entrata in vigore del presente accordo, spetta per le prime 500 scelte, una quota capitaria annua aggiuntiva ~~di ingresso~~, pari a € ~~13,46~~ **13,73**, quale sostegno all'attività. Nulla è dovuto a titolo di quota di ingresso per le scelte oltre la cinquecentesima;

7. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età ~~è continuerà ad essere~~ corrisposto il compenso aggiuntivo annuo pari a Euro ~~15,49~~ **16,50**;

8. Per le scelte dei minori di età inferiore a 14 anni, effettuate successivamente allo 02.10.2000, ~~è continuerà ad essere~~ corrisposto, con riferimento alle scelte in carico, il compenso annuo aggiuntivo di Euro ~~18,08~~ **19,26**.

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

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

## **E - ARRETRATI TRIENNIO 2001-2003**

1. Le Regioni liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003, in tre rate previste con le competenze di Marzo 2005, di Settembre 2005 e di Gennaio 2006, l'ammontare risultante:

- a. dal compenso lordo di ~~0,085~~ **0,126** euro moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2001;
- b. dal compenso lordo di ~~0,085~~ **0,112** euro moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2002;
- c. dal compenso lordo di ~~0,103~~ **0,117** euro moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2003.

## ART. 62 - CRITERI GENERALI.

---

*[l'adesione alle UTAP e forme aggregative della MG deve essere davvero volontaria per tutti gli operatori del sistema, compresi i Medici di Guardia Medica]*

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

## ART. 64 - RAPPORTO OTTIMALE.

---

*[- più equo il rapporto ottimale proposto;  
- impensabile applicare l'istituto della mobilità al personale convenzionato]*

2. Ai fini di quanto previsto al precedente comma 1, il numero dei medici inseribili nei servizi di continuità assistenziale di ciascuna ASL è definito dal rapporto di riferimento 1 medico ogni **5000** **4000** abitanti residenti.

**5. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.**

## ART. 65 - MASSIMALI.

---

*[gli incarichi devono essere volontariamente accettati e attribuiti a 12, 24 o 38 ore; l'adesione alle UTAP non è davvero volontaria se è obbligatorio per il medico aderirvi e se è l'unico modo per avere 38 ore di incarico]*

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un orario settimanale di **12 o** 24 ore.

2. Ai medici di continuità assistenziale titolari di incarico **a 24 ore**, che esercitano l'attività in forme associative funzionali ed a progetti assistenziali ad essa correlati, definiti nell'ambito degli Accordi regionali ed Aziendali, sono attribuite ulteriori 4 ore per attività istituzionali non notturne collegate anche con prestazioni aggiuntive e non concorrono alla determinazione del massimale orario. Sono fatti salvi gli Accordi regionali vigenti in materia.

3. I medici già incaricati alla data di entrata in vigore del presente Accordo per un numero di ore settimanali **pari o** inferiore a 12, mantengono tale incarico anche in deroga al precedente comma 1 ma sono tenuti a concorrere all'aumento orario qualora nell'ambito della Azienda si

determinino incarichi orari vacanti. Il rifiuto di completare l'orario fino alla concorrenza di almeno 24 ore settimanali comporta la decadenza dall'incarico.

4. In caso di necessità organizzative del distretto, **da concordare a livello regionale, organizzazione del servizio in forme associative strutturali delle cure primarie o in UTAP**, il conferimento dell'incarico è di norma a 38 ore settimanali, di cui **12 14** in attività **territoriali** ~~diurna feriale~~.

#### **ART. 67 - COMPITI DEL MEDICO.**

---

*[- comma 5: v. commento all'articolo 47 commi 6 e 7;  
- comma 16 e 18 v. sopra quanto precisato numerose volte]*

5. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore **salvo diversi accordi regionali**.

16. Sono inoltre obblighi e compiti del medico:

- a) la redazione di certificazioni obbligatorie, quali: certificazione di malattia per i lavoratori turnisti, la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove prevista;
- b) ~~l'adesione alla sperimentazione dell'equipe territoriali, con particolare riferimento alla continuità dell'assistenza nelle strutture protette e nei programmi di assistenza domiciliare;~~
- c) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale, in relazione alle tematiche evidenziate all'art. 45 comma 4;
- d) la segnalazione personale diretta al medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito dei casi di particolare complessità rilevati nel corso degli interventi di competenza, oltre a quanto previsto dall'art. 69;
- e) la constatazione di decesso.

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

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

---

*[- comma 2: queste figure potrebbero avere un senso per il personale dipendenti, non sembrano affatto coerenti con il personale convenzionato;  
- comma 3: va prevista la possibilità di remunerare (almeno a livello regionale) la reperibilità]*

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

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione **della remunerazione dei turni di reperibilità**, degli ulteriori contenuti e delle relative modalità di attuazione e di remunerazione, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

## ART. 77 - RIDUZIONE DI ORARIO DEGLI INCARICHI E SOPPRESSIONE DEI SERVIZI.

---

*[Si propone l'abolizione dell'intero articolo in quanto la medicina dei servizi è nata ed opera proprio in quelle regioni in cui vi è grande carenza di personale nei servizi territoriali]*

~~1. Per mutate ed accertate esigenze di servizio, sentiti i sindacati firmatari del presente accordo, l'Azienda può dar luogo a riduzione di orario dell'incarico, dandone comunicazione all'interessato mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di un mese. La riduzione dell'orario si applica al medico con minore anzianità di incarico nell'ambito del medesimo servizio.~~

~~2. I provvedimenti con i quali si riducono gli orari o comunque si introducono modificazioni nei rapporti disciplinati dal presente accordo sono comunicati entro 10 giorni al comitato di cui all'art. 23.~~

~~3. Eventuali nuovi aumenti di orario interessanti servizi già oggetto di precedenti riduzioni orarie, sono attribuiti al medico al quale era stata applicata la decurtazione di orario, ove possibile, o, comunque, al medico incaricato a tempo indeterminato con orario di incarico più basso.~~

~~4. Nel caso di non agibilità temporanea delle strutture per cause non imputabili al medico, l'Azienda assicura l'utilizzo temporaneo del medico in altra struttura idonea e, comunque, senza danno economico per l'interessato e senza soluzione di continuità dell'incarico.~~

## ART. 78 - COMPITI E DOVERI DEL MEDICO - LIBERA PROFESSIONE.

6. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività **tenuto conto della graduatoria generale dell'ASL e nel rispetto dell'anzianità maturata nello specifico servizio.**

11. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico di **continuità assistenziale medicina dei servizi** 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.

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

## ART. 85 - TRATTAMENTO ECONOMICO.

**5. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta, qualora si avvalgono del proprio automezzo per spostamenti dovuti allo svolgimento di attività al di fuori dei presidi della Azienda, un rimborso forfetario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo.**

**6. Per l'esecuzione delle visite fiscali spettano € 7,50 per ogni visita eseguita dal medico.**

## ART. 92 - INDIVIDUAZIONE E ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI

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

a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale di settore, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

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

b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;

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

b3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

b4) medici sostituiti in possesso dell'attestato di formazione per l'emergenza territoriale che pur non essendo in graduatoria hanno un anzianità di servizio paria a sei mesi continuativi, al fine di coprire i posti rimasti vacanti vista la peculiarità del servizio.