

Allegato parte integrante
Accordo provinciale



Provincia autonoma di Trento
Assessorato alla salute e politiche sociali

Accordo provinciale per i medici di medicina generale
modificativo dell'Accordo provinciale del 17 aprile 2007

Comitato provinciale ex articolo 24 ACN 29 luglio 2009
12 settembre 2013

PREMESSO CHE

con intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni di data 29 luglio 2009 è stato approvato l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

RICORDATO CHE

l'Accordo collettivo nazionale (di seguito ACN) prevede la definizione di intese regionali (provinciali), stipulate tra le Regioni (Province autonome) e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale firmatarie dell'Accordo nazionale stesso, per la disciplina di alcuni aspetti specifici;

VISTO

l'Accordo provinciale per i medici di medicina generale sottoscritto il 17 aprile 2007

la PROVINCIA AUTONOMA di TRENTO

rappresentata dall'Assessore alle politiche per la salute dott. Ugo Rossi,

E

le ORGANIZZAZIONI SINDACALI

- FIMMG, legalmente rappresentata dal dott. Paolo Colorio,
- INTESA SINDACALE (Cisl Medici, CGIL, SIMET-SUMAI), legalmente rappresentata dal dott. Nicola Paoli
- SMI legamente rappresentata dal dott. Nabil Fattouh
- SNAMI legalmente rappresentata dal dott. Stefano Marzini

SOTTOSCRIVONO LE MODIFICAZIONI ALL'ACCORDO PROVINCIALE DEL
17 APRILE 2007 NEL TESTO DI SEGUITO RIPORTATO

Indice

TITOLO I Disposizioni generali

- Articolo 1 - Principi generali
- Articolo 2 - Definizioni
- Articolo 3 - Graduatorie
- Articolo 4 - Attività compatibili
- Articolo 5 – Massimali e rapporto ottimale
- Articolo 6 - Cessazione del rapporto convenzionale
- Articolo 7 - Formazione continua
- Articolo 8 - Competenze dell'Azienda
- Articolo 8 bis – Patti aziendali
- Articolo 9 - Valorizzazione dei professionisti e dell'attività assistenziale
- Articolo 10 - Comitato provinciale
- Articolo 11 - Prestazioni urgenti
- Articolo 12 - Accordi integrativi
- Articolo 13 - Decorrenza e rinvio

TITOLO II Assistenza primaria

- Articolo 14 - Copertura degli ambiti territoriali carenti e instaurazione del rapporto convenzionale
- Articolo 15 - Scelta del medico
- Articolo 16 - Sostituzioni
- Articolo 17 - Collaboratori di studio
- Articolo 18 - Personale infermieristico e operatori socio-sanitari
- Articolo 19 - Compiti remunerati con la quota capitaria
- Articolo 20 - Compiti remunerati con la quota capitaria di ponderazione
- Articolo 21 - Qualificazione provinciale
- Articolo 22 - Compiti remunerati con il Fondo prestazioni
- Articolo 23 - Compiti remunerati con il Fondo obiettivi
- Articolo 24 - Informatizzazione
- Articolo 25 - Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza
- Articolo 26 - Partecipazione alla didattica
- Articolo 27 - Forme associative dell'assistenza primaria
- Articolo 28 – Forma associative a carattere innovativo
- Articolo 28 bis – Aggregazione funzionale territoriale (AFT)
- Articolo 28 ter – Fasi di attuazione delle AFT
- Articolo 29 - Prestazioni aggiuntive a carico delle associazioni di medici
- Articolo 30 - Recupero di indennità e compensi non dovuti

TITOLO III Continuità assistenziale

- Articolo 31 - Attivazione e organizzazione del servizio
- Articolo 32 - Sostituzioni e incarichi provvisori
- Articolo 33 - Indennità per turni festivi
- Articolo 34 - Reperibilità

TITOLO IV Assistenza sanitaria ai turisti

- Articolo 35 - Disciplina del servizio

ALLEGATI

Allegato A - Conferimento incarichi di sostituzione o provvisori di assistenza primaria

Allegato B - Collaborazione di medici di assistenza primaria nelle attività di emergenza territoriale

Allegato C - Conferimento incarichi di sostituzione o provvisori di continuità assistenziale

TITOLO I **Disposizioni generali**

Articolo 1 **Principi generali**

1. Il presente accordo provinciale disciplina le materie ad esso demandate dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29 luglio 2009 e 8 luglio 2010 (di seguito ACN) ed apporta ai medesimi le integrazioni e le modificazioni richieste dalle specificità locali.
2. I medici di medicina generale conformano la propria attività alle disposizioni della legge provinciale n.16/2010 ed agli indirizzi in materia di politiche per la salute e per la qualificazione dell'assistenza collettiva, ospedaliera e distrettuale emanate dalla Giunta provinciale.
3. Fermo restando gli obiettivi fondamentali di carattere generale indicati dall'art. 5 dell'ACN, i medici di medicina generale, mediante collaborazione con gli organismi sanitari, azioni mirate e modificazioni procedurali e comportamentali a carattere permanente, assicurano:
 - la partecipazione alla programmazione a livello distrettuale degli interventi per il miglioramento dello stato di salute della popolazione secondo le priorità rilevate;
 - l'applicazione di criteri di appropriatezza clinica con specifico riferimento alle prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche, criteri definiti d'intesa con rappresentanti dei medici di medicina generale in seno ad organismi provinciali o aziendali istituiti allo scopo.
 - l'osservanza delle indicazioni operative concordate per garantire l'integrazione degli interventi sanitari con quelli sociali nei processi assistenziali e con quelli ospedalieri nella integrazione ospedale - territorio
4. Vengono introdotti strumenti di valutazione:
 - a) del grado di adesione agli obiettivi ed ai percorsi concordati per dare efficienza ed efficacia alle attività assistenziali;
 - b) del funzionamento delle forme associative e delle aggregazioni funzionali territoriali (di seguito AFT)Detti strumenti sono definiti mediante successive intese in sede di Comitato ex articolo 24 dell'ACN (di seguito Comitato provinciale), il quale potrà avvalersi di funzionari provinciali o aziendali competenti in materia
5. I medici di assistenza primaria e i medici di continuità assistenziale integrano i rispettivi interventi al fine di garantire la continuità dell'assistenza nel concetto più ampio di presa in carico dell'assistito.

Articolo 2 **Definizioni**

1. Nel testo del presente accordo:
 - per *ambito* si intende la circoscrizione territoriale in cui opera un numero di medici di medicina generale individuato in base ad un rapporto ottimale. Gli ambiti sono individuati con deliberazione della Giunta provinciale;
 - per *scelta medica* si intende l'individuazione da parte di un cittadino domiciliato in un determinato ambito di uno fra i medici di assistenza primaria inseriti nello stesso ambito;

- per *ambito carente* si intende l'ambito di scelta medica nel quale è possibile l'inserimento di un ulteriore medico di medicina generale in base al rapporto ottimale;
- per *zona carente* si intende la località compresa in un ambito nel quale si manifesta il maggiore bisogno di assistenza e dove quindi deve essere assicurato un congruo orario di assistenza ambulatoriale;
- per *studio professionale principale* si intende lo studio privato del medico di assistenza primaria, destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, sito nella zona carente inizialmente indicata dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari (di seguito Azienda), fatta salva una successiva variazione di localizzazione previa autorizzazione aziendale, secondo quanto previsto dall'articolo 14 del presente accordo. Al termine della prima fase attuativa delle AFT di cui all'art. 28 bis del presente accordo le parti potranno concordare diversi criteri per l'individuazione delle sedi degli studi principali.

Articolo 3 Graduatorie

1. Ad integrazione della domanda redatta conformemente ai moduli riportati negli allegati A e A1 dell'ACN, i medici presentano all'Azienda una dichiarazione di disponibilità allo svolgimento di incarichi di assistenza primaria e continuità assistenziale a tempo determinato, conforme al modulo predisposto dall'Azienda.
2. In deroga alla disposizione di cui al comma 1 dell'articolo 15 dell'ACN, l'Azienda sulla base delle domande pervenute formula una graduatoria unica provinciale annuale per tutte le attività disciplinate dall'ACN per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato e una graduatoria unica provinciale annuale per tutte le attività disciplinate dall'ACN per il conferimento di incarichi a tempo determinato.
3. Entrambe le graduatorie sono rese pubbliche con affissione presso i distretti sanitari e sul sito web www.apss.tn.it.
4. Nel conferimento degli incarichi di assistenza primaria e continuità assistenziale l'Azienda riserva il 67% dei posti disponibili a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'articolo 21 del D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e ss.mm., e il 33% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Articolo 4 Attività compatibili

1. In relazione alle disposizioni di cui all'articolo 17 dell'ACN, sono considerate compatibili con quelle svolte in regime di convenzione le attività condotte dai medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale:
 - a) presso le residenze sanitarie assistenziali e presso le case di soggiorno per anziani;
 - b) a titolo gratuito a favore di enti e associazioni che esercitano unicamente attività con finalità sociali e senza scopo di lucro;
 - c) in centri di alcolologia gestiti dall'Azienda;
 - d) nell'ambito di iniziative di formazione per il personale sanitario;
 - e) nell'ambito di incarichi di studio, collaborazione e progettazione in materia di assistenza distrettuale conferiti dalla Provincia;

- f) per l'assistenza sanitaria ai turisti.
2. In relazione alle disposizioni di cui all'articolo 17 dell'ACN, sono considerate compatibili con quelle svolte in regime di convenzione, entro il limite delle 38 ore settimanali previsto dall'articolo 65, comma 9, dell'ACN, le attività condotte dai medici con il solo incarico di continuità assistenziale:
- presso strutture convenzionate con il Servizio sanitario provinciale espressamente indicate dalla Provincia con atto formale;
 - nello svolgimento di incarichi di assistenza previsti dai programmi di attuazione dei piani distrettuali per la salute dei cittadini,
 - nello svolgimento di incarichi diurni di assistenza medica previsti nelle AFT, con le modalità inserite nel presente accordo.
3. Ai sensi della legge regionale 30 novembre 1994 n. 3, la nomina a sindaco o assessore del comune, nel cui territorio il medico opera in regime di convenzione, non costituisce causa di incompatibilità. Trovano peraltro applicazione, in tale caso, i disposti di cui agli articoli 39, comma 4, e 65, comma 9, dell'ACN.

Articolo 5

Massimali e rapporto ottimale

1. Le attività:
- connesse alla formazione di personale sanitario;
 - in centri di alcolologia gestiti dall'Azienda;
 - svolte nell'ambito di incarichi di studio, collaborazione e progettazione conferiti dalla Provincia;
 - relative all'assistenza sanitaria ai turisti;
 - di medicina fiscale, fermo restando quanto previsto dall'articolo 17, comma 2, lett. a), dell'ACN;
- se svolte da un medico di assistenza primaria non comportano la riduzione del massimale di scelte di cui all'articolo 39, comma 4, dell'ACN e se svolte da un medico di continuità assistenziale non concorrono alla determinazione del massimale orario di cui all'articolo 65, comma 9, dell'ACN.
2. L'attività strutturata presso le residenze sanitarie assistenziali e/o presso le case di soggiorno per anziani, svolta cioè a scadenze e per periodi programmati e concordati con i rispettivi soggetti gestori, non comporta per il medico di assistenza primaria la riduzione del massimale di scelte di cui all'articolo 39, comma 4, dell'ACN, purché il complessivo impegno orario settimanale non ecceda le cinque ore.
3. Qualora la sommatoria delle ore per attività strutturata presso le residenze sanitarie assistenziali e/o presso le case di soggiorno per anziani e delle ore per altre eventuali attività strutturate in regime di libera professione ecceda le cinque ore settimanali, operano, per ogni ora o frazione di ora successiva alla quinta, le corrispondenti limitazioni al massimale delle scelte così come previsto dall'ACN.
4. Il massimale di scelte del medico di assistenza primaria derivante da autolimitazione non può essere inferiore a 1000 scelte.
5. L'impegno orario libero-professionale del medico di assistenza primaria non può determinare una riduzione del massimale di scelte inferiore a 1000 scelte.
6. Ai sensi dell'art. 33, comma 9 dell'ACN, il rapporto ottimale è elevato da 1:1000 a 1:1.300 a partire dal 1 gennaio 2015.

Articolo 6

Cessazione del rapporto convenzionale

1. Il termine di preavviso in caso di recesso del medico dal rapporto convenzionale è di 30 giorni in caso di trasferimento e di 90 giorni negli altri casi, salvo ipotesi di sopraggiunta inabilità riconosciuta legalmente o causa di forza maggiore.

Articolo 7

Formazione continua

1. La formazione continua dei medici di medicina generale è finalizzata al raggiungimento di obiettivi sia di interesse nazionale sia di specifico interesse provinciale, come definiti dai programmi triennali della formazione degli operatori sanitari, approvati dalla Giunta provinciale, previo parere del Consiglio sanitario provinciale.

2. Sono riconosciute ai fini del conseguimento dei crediti formativi, se accreditate e nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Commissione provinciale per la formazione continua, le attività formative di partecipazione a eventi formativi di tipo residenziale, ad attività di formazione a distanza, a progetti di formazione sul campo nonché le attività connesse alle aree definite nell'articolo 20, comma 3, dell'ACN, ivi compreso il tutoraggio per i colleghi medici tirocinanti.

3. La Provincia anche tramite la Scuola di formazione specifica in medicina generale promuove:

- la formazione e l'accREDITamento dei medici di medicina generale che svolgono attività di animatori di formazione, docente, tutore, con le modalità di cui al successivo comma 7;
- la formazione specifica in medicina generale;
- le attività di ricerca e sperimentazione in medicina generale;
- le attività di formazione continua rivolte ai medici di medicina generale, tra cui anche le attività formative mirate a sostegno della realizzazione di obiettivi di progetto, sentite le società scientifiche.

4. Ferme restando le indicazioni di cui all'articolo 20, comma 8, dell'ACN, il debito formativo annuale deve essere soddisfatto per almeno il 70% con la partecipazione ad iniziative, da svolgersi il sabato, o promosse dalla Provincia o comprese nei programmi aziendali di formazione o rientranti nelle aree tematiche di interesse per l'assistenza primaria precisate nei medesimi programmi aziendali. Sono consentite le attività formative in giornate diverse dal sabato quando trattasi di iniziative integrate con il personale dipendente del Servizio sanitario provinciale, promosse dalla Provincia o comprese nei programmi aziendali di formazione.

5. La frequenza della formazione obbligatoria di cui al precedente comma 4, fino a un massimo di 40 ore annue, rientra tra i compiti retribuiti e dà diritto alla sostituzione del medico in formazione a carico dell'Azienda, la quale rimborsa la spesa del sostituto individuato dal medico medesimo, per un importo pari al compenso lordo riconosciuto al sostituto.

6. Per la frequenza della formazione obbligatoria di cui al precedente comma 4 è prevista altresì per il medico in servizio presso i distretti sanitari periferici la possibilità di essere sostituito, durante l'orario di servizio dalle ore 8.00 alle 20.00, anche per il periodo di trasferimento dalla sede di servizio alla sede del corso e fino ad un massimo di 3 ore giornaliere.

Articolo 8

Competenze dell'Azienda

1. Nel rispetto dei criteri e delle condizioni di cui alla normativa contrattuale vigente e secondo eventuali intese procedurali approvate in sede di Comitato aziendale ex articolo 23 dell'ACN (di seguito Comitato aziendale), l'Azienda provvede all'esecuzione dei compiti inerenti:

- a) la formazione e la gestione delle graduatorie provinciali;
- b) l'accertamento della sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità;
- c) l'adozione dei provvedimenti di instaurazione, sospensione e cessazione del rapporto convenzionale;
- d) il conferimento di incarichi provvisori;
- e) la regolamentazione delle assenze dal servizio e delle sostituzioni;
- f) la definizione dei requisiti e delle condizioni per l'instaurazione di rapporti contrattuali tra i medici di medicina generale e il personale infermieristico o gli operatori socio sanitari, ai fini dell'erogazione delle indennità di cui all'articolo 18 del presente accordo,
- g) la verifica della regolarità della documentazione necessaria e la concessione delle indennità relative a collaboratori di studio, personale infermieristico e operatori socio sanitari, di cui agli articoli 17 e 18 del presente accordo;
- h) la verifica in ordine al rispetto della disposizione di cui all'articolo 59, lett. B), comma 11, dell'ACN e all'articolo 24 del presente accordo;
- i) l'applicazione delle disposizioni in materia di sciopero di cui all'articolo 31 dell'ACN;
- j) la definizione dei criteri di remunerazione, relazionati anche ad indicatori di risultato, delle attività previste nell'ambito del fondo obiettivi di cui all'articolo 23 del presente accordo.

Art.8 bis

Patti aziendali

Nell'ambito di quanto previsto dal presente Accordo nonché nei limiti delle competenze delegate dalla contrattazione provinciale, è demandata alla negoziazione a livello aziendale la definizione di patti aziendali. I patti aziendali, di durata triennale, disciplinano:

- a) l'individuazione degli obiettivi di budget delle AFT, in coerenza con la programmazione provinciale ed aziendale;
- b) il relativo finanziamento, con l'impegno del 50% del fondo obiettivi previsto dall'art. 23 del presente accordo;

2. Eventuali contrasti sull'interpretazione dei patti aziendali saranno esaminati in sede di Comitato provinciale, qualora non risolti entro 20 giorni dal tavolo tecnico aziendale di cui all'art. 22, comma 3 quater, del presente accordo.

Articolo 9

Valorizzazione dei professionisti e dell'attività assistenziale

1. Allo scopo di elevare la qualità dell'assistenza primaria la Provincia, anche in collaborazione con la Scuola di formazione specifica in medicina generale, sentito l'Ordine dei medici e previo parere del Comitato provinciale, può proporre un

programma per l'accreditamento volontario professionale dei medici di medicina generale.

2. I medici, nel rispetto della normativa vigente, possono pubblicizzare l'accreditamento professionale conseguito.

Articolo 10 Comitato provinciale

1. Oltre alle competenze previste dall'articolo 24 dell'ACN, il Comitato provinciale:
 - a) concorda le modalità per l'introduzione di idonei strumenti di valutazione:
 - del grado di adesione agli obiettivi e ai percorsi concordati per dare efficienza ed efficacia alle attività assistenziali;
 - del funzionamento delle forme associative e delle AFT;
 - b) esprime un parere:
 - sul programma per l'accreditamento volontario professionale dei medici di medicina generale proposto dalla Provincia;
 - in ordine alle modalità di esecuzione dei compiti remunerati con il fondo obiettivi di cui all'articolo 23 del presente accordo;
 - in ordine al finanziamento dei progetti di forme associative a carattere innovativo presentati ai sensi dell'articolo 28 del presente accordo;
 - c) definisce, entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo, i contenuti minimi della carta dei servizi dei medici di medicina generale, sia per l'associazionismo medico che per le AFT;
 - d) specifica le modalità idonee a garantire una corretta informazione agli assistiti ai fini della scelta del medico, sulla scorta delle indicazioni dell'articolo 40 dell'ACN;
 - e) formula proposte di miglioramento organizzativo-funzionale delle relazioni di continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
 - f) esamina o formula proposte di snellimento e semplificazione delle procedure gestionali di natura tecnico/amministrativa.

Articolo 11 Prestazioni urgenti (Articolo abrogato)

Articolo 12 Accordi integrativi

1. Con riferimento agli istituti giuridici contemplati dall'ACN e per gli aspetti dallo stesso demandati ad eventuale ulteriore disciplina in sede locale, il presente accordo provinciale può essere integrato mediante successivi accordi. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del nuovo Accordo collettivo nazionale, il Comitato provinciale adegua le disposizioni del presente Accordo.

Articolo 13 Decorrenza e rinvio

1. Il presente accordo esplica i propri effetti a decorrere dal giorno successivo alla data della sua sottoscrizione e trova applicazione fino alla rinnovazione dello stesso.
2. Per quanto non previsto dal presente accordo si applicano le disposizioni previste dagli ACN e da quelli provinciali vigenti nel tempo.

3. Le parti sono concordi nel valutare, nel prossimo accordo collettivo provinciale e nel limite delle disponibilità finanziarie, l'istituzione del servizio medico di Emergenza sanitaria territoriale, di cui al Capo V dell'ACN, a supporto delle AFT.

TITOLO II

Assistenza primaria

Articolo 14

Copertura degli ambiti territoriali carenti e instaurazione del rapporto convenzionale

1. Al fine di abbreviare i tempi necessari al conferimento degli incarichi, ad integrazione di quanto previsto al comma 1 dell'articolo 34 dell'ACN, in caso di cessazione dell'incarico di medici titolari, nel rispetto dei criteri relativi al rapporto ottimale, l'Azienda può procedere alla pubblicazione degli ambiti carenti in via straordinaria.

2. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria può concorrere all'assegnazione degli ambiti dichiarati carenti dall'Azienda solo per trasferimento e solo per ambiti diversi da quello in cui detiene l'incarico.

3. Le disposizioni di cui ai commi 11 e 12 dell'articolo 34 dell'ACN sono sostituite dalle seguenti:

“In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'Azienda può indicare la località in cui deve essere assicurata l'apertura dello studio professionale del medico.

Il medico incaricato, a seguito della pubblicazione di ambito carente, assicura, fermi restando gli obblighi orari previsti dall'art. 36, comma 5, dell'ACN, l'apertura dello studio principale per almeno un'ora al giorno per cinque giorni alla settimana nella località indicata e solo decorsi tre anni dalla sua iscrizione nell'elenco dell'ambito può richiedere una diversa collocazione dello studio principale.

La diversa collocazione è consentita di comune intesa tra medico e Azienda, qualora adeguatamente motivata per accertamento della presenza di almeno due terzi degli assistiti in carico al medico nella località in cui lo stesso si trasferisce e a condizione che nella località originariamente indicata dall'Azienda vi sia un altro studio medico, del richiedente o di altro medico, che assicuri un congruo orario di attività”.

4. Il medico che accetta l'incarico ai sensi dell'articolo 35, comma 1, dell'ACN è cancellato dalla graduatoria provinciale, ai soli fini del conferimento degli incarichi di assistenza primaria, per due anni dalla notifica del conferimento dell'incarico.

5. Al fine di abbreviare i tempi necessari al conferimento degli incarichi, i termini previsti dall'articolo 35, commi 3 e 8, dell'ACN, sono ridotti rispettivamente a 30 giorni e 15 giorni.

6. L'Azienda adotta ogni ulteriore misura tesa alla semplificazione burocratica delle procedure di conferimento degli incarichi.

Articolo 15

Scelta del medico

1. Presso gli uffici del distretto sanitario competenti in ordine alla scelta del medico sono messe a disposizione degli assistiti una scheda generale relativa ai compiti del medico di assistenza primaria e le carte dei servizi dei medici operanti nel distretto e

sono fornite ulteriori informazioni relative a tali medici, con le modalità stabilite dal Comitato provinciale.

2. Le scelte degli assistiti temporaneamente sospesi dagli elenchi dell'Azienda ai sensi dell'articolo 42, comma 1, dell'ACN, sono riattribuite automaticamente al medico al momento della reiscrizione degli stessi nei suddetti elenchi, anche in deroga al massimale individuale e anche oltre il limite di 1575 assistiti.

3. Tra i motivi di ricusazione della scelta, di cui all'articolo 41 dell'ACN, vi può essere l'impossibilità a garantire un'adeguata assistenza a causa dell'eccessiva distanza tra lo studio principale del medico scelto e il domicilio dell'assistito. La ricusazione per motivi di eccessiva distanza può essere effettuata soltanto entro 90 giorni dalla scelta e qualora nell'ambito territoriale vi sia possibilità di scegliere un altro medico.

4. L'Azienda è esentata, nei confronti dei medici che percepiscono l'indennità informatica, dalla trasmissione dei dati relativi alle scelte in carico, prevista dall'articolo 44, commi 1 e 2, dell'ACN, qualora sia possibile l'accesso on-line all'anagrafica degli assistiti.

Articolo 16 Sostituzioni

1. La sostituzione tra medici di assistenza primaria titolari di incarico a tempo indeterminato, non operanti in forme associative, prevista dall'articolo 37, comma 5, dell'ACN, è consentita soltanto:

- tra medici dello stesso ambito territoriale, purché i rispettivi studi professionali siano facilmente accessibili dai rispettivi assistiti o purché il medico sostituto garantisca la presenza presso lo studio del medico sostituito;
- nel rapporto massimo di uno a uno;
- fino ad un massimo di 30 giorni continuativi. La sostituzione per un periodo superiore a 30 giorni continuativi è consentita soltanto qualora la somma degli assistiti tra sostituto e sostituito non ecceda le 2000 unità.

2. Per il conferimento degli incarichi di sostituzione e di quelli provvisori di cui all'art. 38 dell'ACN, l'Azienda interpella i medici inseriti nella graduatoria provinciale annuale per gli incarichi a tempo determinato, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale di incarico. In caso di indisponibilità dei medici inseriti in tale graduatoria, l'Azienda conferisce gli incarichi secondo l'ordine previsto dall'allegato A al presente accordo.

3. Il medico titolare deve informare nei modi più opportuni i propri assistiti dei periodi di assenza, nonché del nominativo del proprio sostituto. Deve inoltre informare il suo sostituto in ordine alla presenza di malati o di patologie che richiedono sorveglianza, interventi specifici e/o monitoraggio clinico.

4. Il medico di assistenza primaria è tenuto a comunicare la propria sostituzione anche per periodi inferiori alle tre giornate previste dall'art. 37, comma 1, indicando, nel caso di assenze inferiori alle dodici ore, le ore in cui la sostituzione è intervenuta.

Articolo 17 Collaboratori di studio

1. Il personale collaboratore di studio operante presso i medici di assistenza primaria supporta le attività amministrative e organizzative dei medici.

2. Le funzioni amministrative inerenti alle AFT sono garantite dall'Azienda, senza alcun onere a carico dei medici partecipanti come previsto al successivo art. 28 bis, lettera D, punto 6).

3. Ai fini del riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio prevista dagli accordi sindacali, il collaboratore è scelto preferibilmente tra quelli che si sono qualificati con la frequenza dello specifico corso di formazione organizzato dalla Provincia e che sono inseriti in un apposito elenco, costantemente aggiornato e consultabile presso il Servizio provinciale competente. Il medico che si avvale di un collaboratore non inserito in tale elenco è tenuto a garantirne la formazione nel più breve tempo possibile.

4. Il collaboratore può essere:

- assunto con rapporto di dipendenza regolato secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali;
- fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, nel rispetto della normativa vigente.

5. Il rapporto di lavoro deve intercorrere tra il singolo medico convenzionato e il collaboratore o la società che fornisce il servizio. In presenza di medici associati, il contratto può essere stipulato anche da uno solo dei medici associati; in tal caso con separata dichiarazione autografa dei medici associati viene precisato l'impegno orario lavorativo del collaboratore a carico e nell'interesse di ciascun medico.

6. L'orario minimo di servizio a supporto delle attività di un medico non associato, con presenza nello studio professionale del medico durante l'orario stabilito per l'attività convenzionata, è pari ad almeno 10 ore settimanali. In presenza di associazioni l'orario minimo di servizio del/dei collaboratori è il seguente:

- 20 ore settimanali nelle associazioni con meno di 3150 assistiti;
- 30 ore settimanali nelle associazioni con un numero di assistiti compreso tra 3150 e 4725;
- 40 ore settimanali nelle associazioni con un numero di assistiti compreso tra 4725 e 6300 assistiti.

Nelle associazioni con un numero di assistiti superiore a 6300, è consentita l'assunzione di un ulteriore collaboratore con un orario minimo di 10 ore ogni 2000 assistiti. L'orario è correlato al numero di assistiti in carico al 31 dicembre dell'anno precedente e può essere modificato ogni anno.

7. L'indennità di collaboratore di studio è pari a euro 13,00 per ogni ora di servizio del collaboratore, nel limite dell'orario minimo settimanale di cui al comma precedente. In presenza di associazioni tale indennità è suddivisa in parti uguali tra gli associati.

8. Ai fini del riconoscimento dell'indennità l'Azienda verifica la presenza dei seguenti presupposti:

- a) qualificazione provinciale dei collaboratori ai sensi del comma 2;
- b) rapporto di lavoro conforme alle modalità di cui ai commi 3 e 4;
- c) durata minima dell'orario settimanale come specificato al comma 5.

9. I medici che percepiscono l'indennità sono tenuti a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi cambiamento intervenga nel rapporto di collaborazione e, nel caso di cessazione di tale rapporto, a comunicare la medesima entro 30 giorni.

Articolo 18

Personale infermieristico e operatori socio-sanitari

1. I medici di assistenza primaria possono avvalersi della collaborazione di personale in possesso di diploma di infermiere. Il personale infermieristico supporta le attività assistenziali dei medici e, in ragione delle competenze professionali possedute, assicura in particolare prestazioni di triage, di gestione e controllo delle patologie croniche nell'ambito dei protocolli concordati all'interno dell'associazione e prestazioni di cura ambulatoriali o anche a domicilio.

2. I medici di assistenza primaria possono avvalersi altresì della collaborazione di personale in possesso di diploma di operatore socio-sanitario. L'operatore socio-sanitario supporta le attività assistenziali dei medici e assicura, su indicazione degli stessi, attività semplici di supporto diagnostico, terapeutico e riabilitativo, sia in ambito ambulatoriale che a domicilio.

3. Il personale di cui ai commi 1 e 2 può essere:

- assunto con rapporto di dipendenza regolato secondo il contratto nazionale della categoria;
- fornito da società, cooperative e associazioni di servizio nel rispetto della normativa vigente;
- a rapporto contrattuale nel rispetto dei requisiti e delle condizioni stabiliti dall'Azienda.

4. Il rapporto di lavoro deve intercorrere tra il singolo medico e il personale di cui ai commi 1 e 2 o la società che fornisce il servizio. In presenza di medici associati, il contratto può essere stipulato anche da uno solo degli associati; in tal caso con separata dichiarazione autografa degli associati viene precisato l'impegno orario lavorativo dell'infermiere o dell'operatore socio-sanitario a carico e nell'interesse di ciascun medico.

5. L'orario minimo di servizio del personale di cui ai commi 1 e 2 a supporto delle attività di un medico non associato è pari ad almeno 5 ore settimanali. In presenza di associazioni l'orario minimo di servizio è il seguente:

- 10 ore settimanali nelle associazioni con meno di 3150 assistiti;
- 15 ore settimanali nelle associazioni con un numero di assistiti compreso tra 3150 e 4725;
- 20 ore settimanali nelle associazioni con un numero di assistiti compreso tra 4725 e 6300 assistiti.

Nelle associazioni con un numero di assistiti superiore a 6300, è consentita l'assunzione di un ulteriore infermiere/operatore socio-sanitario con un orario minimo di 5 ore ogni 2000 assistiti. L'orario è correlato al numero di assistiti in carico al 31 dicembre dell'anno precedente e può essere modificato ogni anno.

6. L'indennità, erogata nel limite dell'orario minimo settimanale di cui al comma precedente, è pari a:

- euro 20,00 per ogni ora di servizio dell'infermiere;
- euro 13,00 per ogni ora di servizio dell'operatore socio-sanitario.

In presenza di associazioni tali indennità sono suddivise in parti uguali tra gli associati.

7. Ai fini del riconoscimento delle indennità di cui al comma precedente l'Azienda verifica la presenza dei seguenti presupposti:

- a) rapporto di lavoro conforme alle modalità di cui ai commi 3 e 4;

b) durata minima dell'orario settimanale come specificato al comma 5.

8. I medici che percepiscono le indennità di cui al presente articolo sono tenuti a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi cambiamento intervenga nel rapporto di collaborazione e, nel caso di cessazione di tale rapporto, a comunicare la medesima entro 30 giorni.

9. Nulla è dovuto da parte dei medici di medicina generale al personale infermieristico ed operatore socio sanitario messo a disposizione dall'Azienda all'interno delle sedi delle AFT.

Articolo 19 **Compiti remunerati con la quota capitaria**

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 45 dell'ACN, il medico di assistenza primaria svolge le funzioni di cui al comma 1 di detto articolo a favore dei propri assistiti mediante:

- visite ambulatoriali e domiciliari
- prescrizioni diagnostiche terapeutiche
- trattamenti preventivi
- consulti con specialisti
- accesso presso gli ambienti di ricovero
- attività di promozione della salute, di consulenza medica e di educazione sanitaria
- certificazioni relative allo stato di salute
- tenuta e aggiornamento di una scheda sanitaria individuale.

Il medico di assistenza primaria può assicurare altresì prestazioni diagnostico-terapeutiche se in possesso di idonea strumentazione.

2. Nell'erogazione delle prestazioni assistenziali il medico di assistenza primaria:

- a) effettua le prestazioni in sintonia con le linee guida e conformemente ai percorsi diagnostico-terapeutici, purché clinicamente validati, concordati agli effetti organizzativo-prestazionali in sede di Comitato provinciale e resi noti mediante loro pubblicazione;
- b) svolge le attività di prescrizione farmaceutica e diagnostica nel rispetto delle indicazioni di appropriatezza e, a parità di efficacia, di economicità, definite d'intesa con rappresentanti dei medici di medicina generale in seno a organismi provinciali o aziendali istituiti allo scopo;
- c) applica le procedure convenute con l'Azienda atte a rendere funzionale ed efficiente il collegamento con i servizi di continuità assistenziale;
- d) assicura al proprio assistito ogni opportuno supporto al momento dell'ingresso in una struttura di ricovero e al momento delle dimissioni dalla stessa, attivando i necessari rapporti con i sanitari della medesima, secondo percorsi ottimali di continuità assistenziale tra ospedale e territorio concordati tra le parti.

3. A specificazione di quanto già previsto dall'articolo 45 dell'ACN, sono compiti remunerati nella quota capitaria di cui all'art. 59, lett. A:

- l'adozione della carta dei servizi delle AFT e delle Associazioni, redatta secondo le indicazioni del Comitato provinciale e la trasmissione della stessa all'Azienda;
- la partecipazione alle UVM per ADI, ADI-CP e immissione in APSP, che comprende la compilazione per ogni paziente della scheda sanitaria e la partecipazione alle riunioni per la valutazione dei bisogni e la programmazione degli interventi.

Articolo 20

Compiti remunerati con la quota capitaria di ponderazione

1. Ai sensi dell'articolo 59, lett. A), commi 4 e seguenti, dell'ACN, l'Azienda determina l'ammontare del Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie al primo gennaio di ogni anno, nella misura di:
 - euro 3,08 annui per assistito risultante alla data del primo gennaio;
 - le risorse derivanti dagli assegni individuali resisi disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale, non dovuta a trasferimento, di singoli medici di assistenza primaria nell'anno precedente.
2. A tutti i medici di assistenza primaria convenzionati a tempo indeterminato è riconosciuta una quota capitaria di ponderazione nell'entità definita a consuntivo, a fronte dei seguenti compiti obbligatori:
 - l'acquisizione, previa consegna del materiale informativo predisposto dall'Azienda, del consenso dell'assistito al trattamento dei dati sensibili, anche al fine di agevolare il proprio assistito ai fini della diagnosi e dell'accesso alle cure, fatto salvo in ogni caso il rispetto dei vincoli in materia, derivanti dalla normativa vigente o dai provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali;
 - la consegna all'assistito, su sua richiesta, in caso di cessazione del rapporto convenzionale del medico o in caso di revoca o ricusazione della scelta, di una relazione clinica, predisposta sul modello della scheda sanitaria prevista per i ricoveri, in base alle informazioni contenute nella scheda sanitaria individuale.

Articolo 21

Qualificazione provinciale

1. A decorrere dal primo giorno del mese in cui è sottoscritto il presente accordo a tutti i medici di assistenza primaria è riconosciuta una quota annua aggiuntiva per ciascun assistito in carico pari a euro 3,80 a fronte dei seguenti compiti obbligatori:
 - a) la ricezione delle chiamate dei propri assistiti dalle ore 8.00 alle ore 19.00 di tutti i giorni feriali e dalle 8.00 alle 10.00 dei giorni prefestivi escluso il sabato, in via diretta o indiretta, con modalità che devono essere precisate da ciascun medico nella carta dei servizi; per ricezione indiretta si intende la ricezione da parte di collaboratori del medico o per il tramite di segreteria telefonica, da consultare sistematicamente e comunque entro le ore 19.00 di ogni giorno; il medico garantisce un riscontro nei tempi più brevi consentitigli;
 - b) la segnalazione del grado di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni diagnostico-terapeutiche e l'eventuale indicazione di codici di individuazione di categorie di assistiti aventi diritto a particolari prestazioni, secondo le procedure stabilite dall'Azienda nell'ambito dei piani provinciali per il contenimento dei tempi di attesa;
 - c) la partecipazione, per gli aspetti di competenza, all'attuazione del Piano provinciale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale e dei Piani provinciali di prevenzione attiva;
 - d) l'effettuazione di visite ambulatoriali su prenotazione nei modi e nei tempi stabiliti nella carta dei servizi e, per le associazioni, dall'articolo 27, comma 6, lett. f), del presente accordo;
 - e) la partecipazione alle AFT di cui agli art. 28 bis e ter;
 - f) il rilascio, oltre alle certificazioni elencate dall'articolo 45 dell'ACN, delle

seguenti certificazioni:

- la certificazione relativa agli stati di malattia per le persone in situazione di handicap ospiti in istituti semiresidenziali, prevista dalle direttive emanate dalla Giunta provinciale per l'applicazione della legge provinciale n. 14 del 1991;
- la certificazione inerente l'idoneità alla pratica sportiva non agonistica di cui al DM 24 aprile 2013, art. 3, comma 1, lett. b), nei confronti di soggetti di età pari o inferiore agli anni 18.

Articolo 22

Compiti remunerati con il fondo prestazioni

1. Ai sensi dell'articolo 59, lett. C), dell'ACN, a decorrere dal 1° gennaio 2007 è istituito il Fondo annuo per prestazioni, il cui ammontare è stabilito dall'Azienda nell'ambito delle risorse assegnate per le prestazioni di medicina generale.

2. Il Fondo remunera i compiti obbligatori di assistenza domiciliare, le prestazioni aggiuntive e la partecipazione ad organismi.

3. I compiti obbligatori di assistenza domiciliare sono svolti, fino alla sottoscrizione del protocollo di cui al comma 5, secondo i protocolli di cui agli allegati G e H dell'ACN con i seguenti compensi omnicomprensivi, con la sola esclusione della prestazione aggiuntiva della vaccinazione antinfluenzale, retribuita anche in occasione di accessi di assistenza programmata domiciliare o assistenza domiciliare integrata:

- euro 41,32 per ogni accesso in assistenza domiciliare integrata, comprensivo delle cure palliative, concordato con il distretto sanitario di riferimento;
- euro 25,00 per ogni accesso in assistenza domiciliare programmata concordato con il distretto sanitario di riferimento

3 bis. E' confermata la retribuzione delle prestazioni aggiuntive effettuate in giornate diverse da quelle in cui sono programmati accessi di assistenza domiciliare programmata o assistenza domiciliare integrata.

3 ter. A decorrere dalla costituzione del tavolo di cui al comma 3 quater la prestazione definita saturimetria (nella descrizione del Comitato provinciale "monitoraggio incruento della saturazione arteriosa", codice 89.65.5) non è più inclusa nell'elenco delle prestazioni aggiuntive.

3 quater. Le parti si impegnano a costituire, entro il 31 dicembre 2012, un tavolo di lavoro congiunto al fine di proporre soluzioni operative per la riorganizzazione della medicina generale e la semplificazione amministrativa.

4. I medici di assistenza primaria possono erogare, fino alla sottoscrizione dell'intesa di cui al comma 5, le prestazioni aggiuntive previste dagli allegati A e B all'accordo provinciale del 6 agosto 2001, nel limite del 15% dei compensi mensili e nel limite delle risorse annualmente destinate.

4 bis. Il limite percentuale di cui al comma 4 è calcolato con riferimento al singolo medico, per i medici non associati, e con riferimento all'Associazione per i medici associati.

5. Le parti si impegnano a concordare, entro 12 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo:

- un protocollo per l'assistenza domiciliare, che sostituirà i protocolli di cui agli

allegati G e H dell'ACN e nel quale potranno essere concordati la differenziazione delle prestazioni di assistenza domiciliare e l'adeguamento del fondo;

- un'intesa relativa all'erogazione delle prestazioni aggiuntive.

6. Sono inoltre remunerati con risorse del fondo prestazioni, con il compenso onnicomprensivo di euro 115,00 senza alcun rimborso delle spese di viaggio, le seguenti attività:

- la partecipazione di un rappresentante dei medici di medicina generale all'attività di programmazione presso il distretto sanitario;
- la partecipazione dei medici ai Comitati di cui agli articoli 23 e 24 dell'ACN;
- la partecipazione dei medici al Collegio arbitrale di cui all'articolo 30 dell'ACN;
- la partecipazione dei medici a gruppi di lavoro aziendali per l'elaborazione dei programmi e dei progetti di cui all'articolo 23 del presente accordo;
- la partecipazione alle riunioni distrettuali del coordinatore distrettuale delle AFT
- la partecipazione del referente dell'AFT alle riunioni indette a livello distrettuale di AFT;
- la partecipazione del rappresentante dei medici di medicina generale alle riunioni della Commissione medico legale ex art.19 comma 1, lett. f), dell'ACN;
- la partecipazione dei medici di medicina generale alle Commissioni istituite dalla Provincia o dall'Azienda;
- la partecipazione dei rappresentanti dei medici di medicina generale al tavolo tecnico aziendale della medicina generale previsto dal comma 3 quater del presente articolo.

7. In prima applicazione, per l'anno 2013, il Fondo è stabilito in euro 3.964.000,00.

Articolo 23

Compiti remunerati con il Fondo obiettivi

1. Ai sensi dell'articolo 59, lett. B, commi 15 e seguenti dell'ACN, l'Azienda determina l'ammontare del Fondo per obiettivi al primo gennaio di ogni anno, nella misura di:

- euro 3,08 annui per assistito risultante alla data del primo gennaio;
- le risorse del medesimo Fondo non utilizzate nell'anno precedente.

2. Il Fondo obiettivi è destinato per il 50% a incentivare l'adesione dei medici di assistenza primaria a programmi di assistenza relativi alla gestione del rischio cardiovascolare e delle patologie croniche complesse su base annuale o pluriennale ed esaminati in sede di Comitato provinciale.

3. L'ulteriore 50% del Fondo obiettivi viene assegnato dall'Azienda alle AFT per finanziarie gli obiettivi di budget definiti nei patti aziendali previsti dall'art. 8 bis. Fino alla completa attuazione del programma di attivazione delle AFT, previsto dall'art. 28 ter del presente accordo, tali risorse sono destinate in parte alle AFT attivate e in parte a progetti distrettuali a favore dei medici non ancora inseriti nelle AFT.

4. Le percentuali di cui ai commi precedenti possono essere modificate dal Comitato provinciale, in ragione degli obiettivi annuali concordati dal Comitato aziendale ed inviati al Comitato provinciale per la rettifica.

5. I criteri di remunerazione delle attività di cui al presente articolo sono concordati dal Comitato aziendale, in relazione anche ad indicatori di risultato.

Articolo 24

Informatizzazione

1. Tutti i medici di assistenza primaria convenzionati con l'Azienda assicurano la redazione del 90% delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate nel proprio studio, permanendo l'obiettivo di raggiungere il 100% subordinatamente a un successivo accordo in materia, con modalità informatiche tali da consentire la realizzazione di quanto previsto dall'articolo 50 del DL 30 settembre 2003 n. 269, convertito in legge 24 novembre 2003 n. 326.
2. Tutti i medici di assistenza primaria assicurano le prestazioni richieste ai sensi degli art.13 bis, 59 bis e ter dell'ACN tramite i sistemi informatici messi a disposizione dall'Azienda.
3. A tal fine l'Azienda promuove la connessione telematica dei medici con l'Azienda, in alternativa:
 - a) mediante la fornitura della strumentazione necessaria alla connessione (software di connessione, dotazione hardware), comprensiva dei servizi di supporto e di manutenzione, con equiparazione delle postazioni di lavoro dei medici di assistenza primaria alle postazioni di lavoro aziendali;
 - b) mediante l'indicazione delle specifiche tecniche per la connessione con l'Azienda, con onere del medico di predisporre i conseguenti necessari supporti e collegamenti.
4. Al medico che aderisce all'ipotesi di cui alla lettera a) è riconosciuta un'indennità informatica mensile di euro 77,50. Al medico che aderisce all'ipotesi di cui alla lettera b) è riconosciuta un'indennità informatica mensile di euro 155,00.
5. Per l'obiettivo di cui al comma 1, il medico di medicina generale riceve una indennità annuale, retribuita al 27 marzo di ogni anno, di 300 euro, relativamente all'acquisizione del software personale necessario al collegamento tra il medico e l'Azienda.

Articolo 25

Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza

1. Il Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza, di cui all'articolo 46 e all'articolo 59, lett. B, dell'ACN, è determinato al primo gennaio di ogni anno nella misura di:
 - euro 4,99 annui per assistito risultante alla data del primo gennaio;
 - risorse provinciali aggiuntive, il cui ammontare è stabilito dall'Azienda nell'ambito delle risorse assegnate per le prestazioni di medicina generale;
 - le risorse del medesimo fondo non utilizzate nell'anno precedente.
2. Le risorse del Fondo sono destinate a finanziare i seguenti istituti:
 - a) forme associative di cui all'articolo 27 del presente accordo
 - b) quota di qualificazione provinciale di cui all'articolo 21 del presente accordo
 - c) indennità di collaboratore di studio di cui all'articolo 17 del presente accordo
 - d) indennità di personale infermieristico e di operatore socio-sanitario di cui all'articolo 18 del presente accordo
 - e) indennità informatica di cui all'articolo 24 del presente accordo
 - f) AFT di cui all'art. 28 bis del presente accordo.
3. I compensi di cui alle lettere a) e b) del comma 2 sono erogati nel limite del massimale individuale, ossia il massimale di 1575 scelte o quello derivante da

autolimitazione o limitazione d'ufficio. Tali compensi sono commisurati al numero degli assistiti rilevabile alla data della prima attribuzione delle indennità e successivamente aggiornato alla data del primo gennaio di ogni anno.

4. Le richieste per le indennità di collaboratore di studio, infermiere e operatore socio-sanitario sono esaminate entro il 31 marzo ed entro il 30 settembre di ogni anno e sono accolte con il seguente ordine di priorità:

- medici in medicina di gruppo, con priorità per i gruppi con il più alto numero di assistiti in carico;
- medici in associazione periferica complessa, con priorità per le associazioni con il più alto numero di assistiti in carico;
- medici in medicina di rete, con priorità per le reti con il più alto numero di assistiti in carico;
- medici non associati, con priorità per i medici con il più alto numero di assistiti in carico.

5. In prima applicazione, per l'anno 2013, le risorse provinciali integrative sul Fondo sono stabilite in euro 3.671.000,00.

Articolo 26

Partecipazione alla didattica

1. La partecipazione dei medici di medicina generale all'attività didattico-formativa si realizza nelle seguenti aree di applicazione:

- a) corsi ed interventi di formazione continua e aggiornamento professionale;
- b) Scuola di formazione specifica in medicina generale.

2. Per le attività di cui al comma 1, organizzate dalla Provincia e dall'Azienda ovvero da soggetti terzi dalle stesse individuati, finanziate con risorse dedicate, sono riconosciuti i seguenti compensi:

<i>Attività</i>	<i>Compenso in euro</i>
attività di docenza frontale	euro 65,00 all'ora
	euro 75,00 all'ora per i medici iscritti in appositi albi provinciali (animatori, tutori, docenti)
attività di animatore nella formazione continua	euro 32,00 all'ora comprensivo della progettazione e dell'animazione in aula. Qualora non sia garantita la conduzione in aula il compenso è ridotto del 40%. Si prevede il coinvolgimento di due animatori per iniziative di durata superiore alle 10 ore di formazione e di un animatore per le iniziative di durata inferiore.
attività di tutor presso la Scuola di formazione specifica in medicina generale	euro 3.000,00 per 12 mesi di attività di tutor per ogni studente seguito in formazione

3. In analogia a quanto sopra, si riconoscono euro 62,50 a settimana, per 24 ore di attività settimanale, ai tutor, compresi i medici coordinatori di RSA, che seguono i formandi presso le APSP della Provincia.

Articolo 27

Forme associative dell'assistenza primaria

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, e sostituisce l'articolo 54 dell'ACN.

2. I medici di medicina generale possono concordare tra loro e realizzare forme di lavoro associato, secondo i principi, le tipologie e le modalità indicate ai successivi commi, al fine di:

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi e strutture del Servizio sanitario provinciale;
- 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) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;
- f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
- g) condividere ed implementare linee guida diagnostiche terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica.

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

- A) forme associative che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
- B) forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi dell'Azienda. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

3 bis. Fermo restando la disciplina generale di cui ai commi precedenti, entro il 2014 sarà concordato – attraverso il Comitato provinciale – il nuovo modello delle forme associative di cui alla lettera A) del comma 3.

4. Fino a tale riorganizzazione le forme associative disciplinate dalla lettera A) del comma 3 (di seguito Associazioni) sono:

- la medicina in rete
- la medicina di gruppo
- la medicina in associazione periferica complessa.

5. Non possono costituirsi forme associative nella modalità della medicina in associazione semplice.

6. La costituzione di Associazioni è libera, volontaria e paritaria e si conforma ai seguenti principi e criteri:

a) Componenti:

- possono essere componenti della medicina di gruppo e della medicina in associazione periferica complessa i medici di assistenza primaria e i medici pediatri di libera scelta operanti nello stesso ambito riferito ai medici di medicina generale; possono essere componenti della medicina in rete soltanto i medici di assistenza primaria operanti nel medesimo ambito territoriale;
- il numero dei medici componenti l'Associazione non può essere inferiore a 3 e superiore a 10, fatte salve situazioni particolari di oggettivo impedimento che potranno essere esaminate e autorizzate temporaneamente in sede di Comitato provinciale;
- ciascun medico può aderire ad una sola Associazione.

b) Accordo:

- l'accordo che costituisce l'Associazione, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso l'Azienda e l'Ordine provinciale dei medici;
- l'Azienda entro 30 giorni dal ricevimento dell'atto costitutivo dell'Associazione verifica i requisiti di validità dell'atto, procede ad un sopralluogo presso la sede dell'Associazione ed approva l'atto con provvedimento del Direttore generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo o dalla data successiva indicata dall'Azienda, nel caso di esito negativo della verifica effettuata;
- i medici aderenti all'Associazione sono tenuti a rendere pubbliche ai cittadini iscritti nei propri elenchi, anche con la carta dei servizi, le forme e le modalità organizzative dell'Associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- in caso di conflitti insorti in seno all'Associazione sono arbitri:
 - per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
 - per le questioni contrattuali, il Comitato provinciale.

c) Sede: la sede rappresentativa dell'Associazione è unica ed è indicata dai suoi componenti.

d) Attività assistenziali dei medici associati:

- fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun componente dell'Associazione assume l'impegno ad assistere anche i pazienti degli altri medici dell'Associazione, secondo quanto previsto dall'accordo costitutivo dell'Associazione e con possibilità di accesso reciproco ai dati clinici degli assistiti;
- per le variazioni di scelta all'interno dell'Associazione è necessaria 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;
- i medici dell'Associazione 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 dell'Associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente accordo in materia di recepimento delle chiamate;

- all'interno dell'Associazione viene adottato di norma il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni; deve essere tuttavia garantita la presenza di almeno la metà dei componenti l'Associazione, con arrotondamento all'unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;
- i medici dell'Associazione garantiscono il contenimento dell'attività libero professionale strutturata entro le cinque ore settimanali; per attività libero professionale strutturata deve intendersi sia la libera professione, sia qualunque altra attività che il medico svolga per conto di enti o associazioni.

I medici dell'Associazione con un numero di scelte pari o inferiore a 650, possono svolgere attività libero professionale strutturata presso le residenze sanitarie assistenziali situate nell'ambito territoriale, nel limite massimo di 12 ore settimanali.

Nelle zone periferiche individuate dal Comitato provinciale, tale attività può essere svolta anche dai medici associati con un numero di scelte pari o inferiore a 1000.*¹

e) Attività dell'Associazione:

- i medici associati concordano annualmente la realizzazione di obiettivi di miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata dall'Associazione;
- i medici associati definiscono, d'intesa con la Scuola di formazione specifica in medicina generale, i programmi di tutoraggio per i tirocinanti della formazione specifica;
- i medici associati effettuano riunioni periodiche per:
 - la revisione della qualità delle attività e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'Associazione;
 - la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'Associazione;
 - la verifica degli obiettivi raggiunti;
 - la valutazione di coerenza dell'attività dell'Associazione con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali l'Associazione medesima abbia aderito;
- entro il primo semestre dell'anno successivo i medici trasmettono all'Azienda e alla Provincia una relazione circa l'attività annuale svolta in quanto associati e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

f) Orario:

- ciascun medico associato garantisce un orario individuale settimanale minimo di 75 minuti ogni 100 assistiti, che può essere assicurato presso la sede dell'Associazione, presso il proprio studio principale, se diverso dalla sede dell'Associazione, e presso eventuali studi secondari. Ciascun medico associato è comunque tenuto a garantire una presenza nel proprio studio principale per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo nazionale,

come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;

- gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente un'apertura ambulatoriale per un arco di almeno 8 ore giornaliere, con presenza di almeno un medico, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, per cinque giorni a settimana, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e all'effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico. Al fine del computo delle otto ore giornaliere di disponibilità minime di accesso i periodi con compresenza di più medici sono conteggiati una sola volta;
- deve essere garantita all'assistito la possibilità di accedere su prenotazione agli studi professionali per cinque giorni in settimana. Alle nuove Associazioni viene riconosciuto un tempo congruo per realizzare la prenotazione delle visite, comunque non superiore ai sei mesi dall'atto di costituzione. Nei giorni scelti, fermo restando l'obbligo del medico di comunicare all'Azienda l'impegno orario ambulatoriale giornaliero, l'attività su prenotazione può svolgersi in fasce orarie flessibili.

g) Collegamenti tra medici e con l'Azienda sanitaria:

l'Associazione assicura:

- la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico;
- la condivisione di dati informatizzati relativi all'attività assistenziale con i medici associati;
- l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi previsti da intese con la Provincia e/o con l'Azienda.

h) Rapporti con il distretto sanitario:

- all'interno dell'Associazione deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con la direzione del distretto e con il rappresentante dei medici di medicina generale operanti nel distretto e alle funzioni di rappresentanza dell'Associazione presso l'Azienda e l'Ordine dei medici;
- l'Associazione assicura la connessione, per quanto di competenza, con la rete dei sistemi informativi aziendali.

i) Competenze e spese:

- a ciascun medico dell'Associazione vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare; gli studi associati di medici di medicina generale con personalità giuridica possono concordare con l'Azienda le modalità di attribuzione diretta allo studio associato di una parte dei compensi spettanti ai singoli medici associati, fermi restando gli obblighi di contribuzione ENPAM per ogni singolo professionista;
- la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti dell'Associazione.

7. La medicina in RETE, oltre al rispetto delle condizioni previste al comma 6, si caratterizza nei seguenti aspetti relativi a:

- a) Sede: gli studi dei medici associati sono distribuiti sul territorio, entro i confini dell'ambito territoriale; possono essere individuati uno o più studi nei quali i medici associati svolgono a rotazione attività concordate.
- b) Orario: uno degli studi della medicina in rete, anche a turno, deve essere aperto per cinque giorni a settimana per 3 ore nella fascia oraria dalle ore 16.00 alle ore 20.00;
- c) Collegamenti informatici: gli studi principali dei medici associati devono essere collegati con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione ritenute necessarie e sufficienti per garantire un'adeguata assistenza; gli studi secondari dei medici associati devono essere dotati di sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle medesime informazioni, aggiornate almeno ogni settimana.

8. La medicina di GRUPPO, oltre alle condizioni previste al comma 6, si caratterizza nei seguenti aspetti relativi a:

- a) Sede:
 - la sede del gruppo è unica e 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;
 - nella sede deve essere presente 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;
 - per l'attività assistenziale devono essere utilizzati supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni.
- b) Orario
 - la sede del gruppo deve essere aperta per 8 ore giornaliere di cui 3 nella fascia oraria dalle ore 16.00 alle ore 20.00;
 - presso la sede ciascun medico associato deve svolgere almeno il 40% dell'impegno orario individuale settimanale previsto dal comma 6, lettera f).

9. La medicina IN ASSOCIAZIONE PERIFERICA COMPLESSA, oltre alle condizioni previste al comma 6, si caratterizza nei seguenti aspetti relativi a:

- a) Sede:
 - gli studi dei medici associati sono distribuiti sul territorio, entro i confini dell'ambito territoriale, in una delle zone periferiche individuate dalla Provincia;
 - uno degli studi, situato in posizione baricentrica, deve essere individuato quale sede dell'associazione;
 - nella sede devono essere presenti almeno due studi medici, in cui gli associati svolgono a rotazione attività concordate;
 - per l'attività assistenziale devono essere utilizzati supporti tecnologici e strumentali comuni.

b) Compiti ulteriori: l'Associazione si fa carico di assicurare l'assistenza sanitaria, quando necessaria, anche in zone disagiate su richiesta e di intesa, per le modalità, con le Amministrazioni comunali interessate.

c) Orario

- la sede dell'associazione deve essere aperta per almeno 5 ore al giorno, con presenza di almeno un medico, distribuite fra il mattino e il pomeriggio, con tre ore di apertura nella fascia oraria dalle 16.00 alle 20.00;
- la quota oraria di ciascun medico associato presso la sede viene determinata dai componenti dell'associazione; è comunque obbligatoria una presenza settimanale di tutti gli associati.

d) Collegamenti e servizi informatici: gli studi dei medici associati devono essere dotati di sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione ritenute necessarie e sufficienti per garantire un'adeguata assistenza, aggiornate almeno ogni settimana.

10. A decorrere dal primo giorno del mese in cui è sottoscritto il presente accordo:

- ai medici operanti in medicina di gruppo è riconosciuto un compenso annuo di euro 2,50 per assistito in carico, aggiuntivo al compenso previsto dall'articolo 59, lett. B, comma 4, dell'ACN;
- ai medici operanti in associazione periferica complessa è riconosciuto il compenso previsto per la medicina di gruppo, pari complessivamente a euro 9,50 annui per assistito in carico;
- ai medici operanti in medicina in rete è riconosciuto un compenso annuo di euro 2,00 per assistito in carico, aggiuntivo al compenso previsto dall'articolo 59, lett. B, comma 4, dell'ACN.

11. I medici che alla data di sottoscrizione del presente accordo svolgono le proprie attività in associazione semplice ai sensi del D.P.R. n. 270/2000, continuano a percepire il compenso per la medicina in associazione previsto dall'articolo 59, lett. B, comma 4, dell'ACN, fino a un massimo di 12 mesi. Entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione del presente accordo tali medici, qualora intendano continuare a svolgere le proprie attività in forma associata, devono associarsi in una delle forme previste dal presente accordo. Nel caso del passaggio da associazione semplice ad una nuova forma associativa, i medici interessati, per il periodo compreso tra il primo giorno del mese in cui è sottoscritto il presente accordo e la data del passaggio, vedranno riconosciuto il compenso aggiuntivo annuo di euro 2,00 per assistito in carico.

12. I medici di assistenza primaria convenzionati, anche se operanti in ambiti diversi, possono aderire a forme associative di cui al comma 3, lettera B), ossia a società in grado di fornire strutture e servizi, in particolare per quanto concerne:

- sedi associative, studi professionali, poliambulatori;
- beni strumentali;
- servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;
- servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
- servizi di verifica e revisione di qualità;
- ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e provinciale.

13. L'adesione alle forme associative di cui al comma 3, lettera B) non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo né impedimento ad aderire forme associative di cui al comma 3, lettera A).

14. Le forme associative di cui al 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.

Articolo 28

Forme associative a carattere innovativo

1. La Provincia può promuovere e il distretto sanitario, d'intesa con la direzione generale dell'Azienda, può proporre ai medici di medicina generale operanti nel territorio distrettuale progetti per la costituzione di associazioni a carattere innovativo, con integrazione di competenze mediche differenziate o con integrazione di professioni mediche e altre professioni, con le caratteristiche generali previste a livello nazionale per il modello delle UTAP (Accordo Conferenza Stato Regioni 29 luglio 2004) o con caratteristiche peculiari che rispondano alle esigenze della popolazione del territorio di riferimento.

2. Possono aderire alle associazioni di cui al comma 1 anche medici di continuità assistenziale convenzionati a tempo indeterminato.

3. La Provincia, su proposta dell'Azienda, approva i progetti per la costituzione di forme associative a carattere innovativo e ne valuta l'attuazione. Tali progetti prevedono eventuali forme e modalità di remunerazione delle attività, in sintonia con quanto previsto dall'ACN e dal presente accordo. Alla realizzazione dei progetti l'Azienda può contribuire con la messa a disposizione di strutture e attrezzature concesse in uso a titolo oneroso, o con la messa a disposizione di personale infermieristico territoriale.

4. Nella fase sperimentale iniziale i progetti, previa favorevole valutazione del Comitato provinciale, possono essere sostenuti con finanziamenti specifici a valere sul Fondo per la qualità dell'assistenza di cui all'articolo 25 del presente accordo.

Articolo 28 bis

Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)

A) Funzioni e compiti

I medici di assistenza primaria, sia associati che non associati, ed i medici di continuità assistenziale (supplenti e titolari) partecipano obbligatoriamente ad aggregazioni funzionali territoriali secondo l'art. 26 bis dell'ACN, assicurando, tramite gli incentivi declinati all'art. 25, comma 3 dell'ACN e al presente articolo, le seguenti funzioni :

1) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);

- 2) realizzare sul territorio la continuità dell'assistenza, a regime 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire un'effettiva presa in carico dei pazienti cronici e di quelli che necessitano di prestazioni non differibili;
- 3) garantire l'attività assistenziale presso una sede unica di riferimento riconoscibile da tutta la popolazione, con una apertura, a regime, sette giorni su sette, modulata in funzione dei bacini di utenza di riferimento;
- 4) assicurare l'accesso ai servizi anche al fine di ridurre l'uso improprio del pronto soccorso, operando in sedi riconoscibili dalla popolazione, dove l'assistito possa trovare risposte assistenziali appropriate per l'intero arco della settimana;
- 5) impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici di medicina generale nelle scelte assistenziali ed in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
- 6) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria ed assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo con il rispettivo distretto ed in sinergia con i diversi soggetti istituzionali nonché con i poli della rete di assistenza e assicurare ai pazienti percorsi assistenziali integrati e coordinati tra ospedale e territorio;
- 7) favorire lo sviluppo e la diffusione di comportamenti uniformi e di percorsi assistenziali integrati, promuovendo attraverso progetti distrettuali l'integrazione fra territorio e ospedale nonché tra servizi sanitari e sociali (PUA)
- 8) rafforzare il ruolo e la responsabilità dei medici di medicina generale nella presa in carico dei propri pazienti e nella regia dei percorsi assistenziali;
- 9) integrare le varie professionalità tra pari; con i servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, con i servizi sanitari e socio sanitari, con le farmacie pubbliche e private in collegamento con il medico di medicina generale nell'ambito di iniziative promosse dal SSP, in una logica di rete assistenziale;
- 10) governare l'appropriatezza clinica ed organizzativa, nell'ambito dei compiti previsti dagli art.45, 67 e 78 dell'ACN, secondo linee guida concordate;
- 11) garantire attività assistenziali ambulatoriali di presa in carico della popolazione distrettuale specificamente dedicate ai pazienti cronici/fragili/a rischio;
- 12) incentivare attività rientranti nella medicina di iniziativa ed in particolare: promozione della salute e della prevenzione primaria; presa in carico proattiva degli assistiti a rischio; informazione, counselling e supporto all'autocura (al self management); azioni nei confronti di assistiti con bassa frequenza di contatto con la medicina generale; attività specifiche per determinate patologie croniche;
- 13) ottimizzare mediante progetti specifici la prescrizione con la maggior appropriatezza possibile in virtù della maggior economicità, nei confronti dei soggetti cronici e prescrivere il materiale protesico o di ausili sanitari;
- 14) perseguire gli obiettivi annuali specifici concordati con il distretto sanitario tenuto conto delle esigenze e delle priorità del territorio di riferimento, e partecipare a percorsi formativi coerenti con gli obiettivi predetti. Le attività effettuate nell'ambito degli obiettivi annuali specifici di ogni AFT potranno rientrare nella attività ordinaria dei medici previa adozione di linee guida

B) Individuazione delle AFT

- 1) Il Comitato aziendale individua sul territorio della Provincia le AFT.
- 2) L'inserimento dei medici nelle AFT è graduato, per i primi due anni, attraverso quattro fasi.

- 3) Al termine della quarta fase, le AFT, a regime, saranno tutte in rete informatizzata con il Distretto di appartenenza, a disposizione degli utenti che troveranno un punto d'accesso visibile e riconoscibile.
- 4) Gli obiettivi ed i progetti delle AFT di ciascun Distretto sanitario vengono individuati e discussi in Comitato aziendale e vengono individuati con la dicitura di "patto aziendale", dotati di budget.
- 5) Si individua, all'interno della AFT, un referente, con compiti di coordinamento e indirizzo della AFT stessa nonché di relazione con il direttore dell'Unità Operativa Cure Primarie del Distretto, relativamente all'organizzazione della AFT, agli obiettivi assegnati ed all'andamento dell'attività svolta.
- 6) Si individua, tra i referenti delle AFT del Distretto sanitario, un coordinatore distrettuale, con compiti di coordinamento e relazione con il direttore del Distretto, con il Comitato provinciale ed aziendale. Il coordinatore distrettuale potrà essere sentito nei Comitati provinciale ed aziendale.
- 7) L'individuazione del referente dell'AFT avviene tramite elezione diretta, segreta, da parte dei referenti delle associazioni e dai singoli medici non associati che partecipano all'AFT. L'individuazione del coordinatore distrettuale avviene, con le stesse modalità, da parte dei referenti delle AFT del medesimo Distretto.
- 8) L'Azienda individua la data e la sede in cui svolgere l'elezione del referente di AFT e del coordinatore di AFT.
- 9) I referenti ed i coordinatori rimangono in carica tre anni, per l'intera durata del patto aziendale, e potranno essere rieletti.
- 10) I quattro coordinatori distrettuali ed i loro vice, scelti dalle OO.SS. maggiormente rappresentative della medicina generale entro i primi trenta giorni dalla firma del presente accordo, rimarranno in carica fino alla cessazione delle 4 fasi e per i primi dodici mesi di funzionamento a regime delle AFT stesse.

C) Modalità di organizzazione dell'attività dei medici nelle AFT

- 1) Spetta al referente della AFT, e per i primi due anni al coordinatore distrettuale delle AFT, il coordinamento della turnistica dei medici afferenti alla AFT stessa, ripartendo con criteri di equità il carico di lavoro fra i medici ed in applicazione dei seguenti criteri generali:
 - si può scegliere di lavorare con fasce orarie da un minimo di 24 ore annuali ad una, due o tre ore consecutive ogni giorno;
 - non possono essere lavorate più di tre ore al giorno dallo stesso medico di assistenza primaria, tranne che in casi eccezionali, per malattia, insostituibilità per mancanza di personale medico nell'immediato;
 - qualora al medico fosse impedito di svolgere le tre ore giornaliere che vorrebbe fare, gli deve essere garantita almeno un'ora giornaliera;
 - lo schema della turnistica è inviato al Distretto con almeno sette giorni di anticipo rispetto al mese di riferimento.
- 2) I medici titolari di continuità assistenziale, sia a tempo determinato che indeterminato, possono svolgere attività diurne ai sensi dell'art. 67, commi 14, 16, lettere a), b1), b2), c), e) e 17, art. 65, comma 2 e art.65, comma 4, laddove accettino il conferimento dell'incarico di 38 ore settimanali.
- 3) I medici di assistenza primaria, fino al raggiungimento di 1200 scelte, possono accettare volontariamente turni di continuità assistenziale nella AFT che ne avesse bisogno, con la stessa retribuzione dei medici di continuità assistenziale della Provincia rapportata all'ACP del 2007, nel rispetto delle graduatorie esistenti.

D) Composizione e sede delle AFT

- 1) Le AFT sono composte obbligatoriamente da tutti i medici a rapporto di fiducia con i cittadini (assistenza primaria) e dai medici a rapporto orario (medici di continuità assistenziale).
- 2) Le AFT sono riferite a bacini di utenza intra-distrettuali e sufficientemente ampi da garantire lo sviluppo di economie di scala nella dotazione e nell'impiego di risorse umane, strutturali e strumentali, tenendo conto di situazioni territoriali specifiche.
- 3) Qualora in un ambito territoriale di scelta sia presente un numero di medici non sufficiente ad aggregarsi secondo quanto previsto dal presente accordo, l'AFT potrà riunire ambiti limitrofi o quote di essi, previo parere concorde del Comitato aziendale.
- 4) L'AFT ha una sede di riferimento unica, individuata dal Comitato aziendale, presso i poliambulatori distrettuali o strutture ospedaliere aziendali, nella quale i medici svolgono a turno le attività concordate e presso la quale dovranno essere presenti infermieri o operatori socio sanitari e personale amministrativo di segreteria. Qualora non siano disponibili sedi aziendali potranno essere individuate sedi private.
- 5) Nella sede dell'AFT svolgono le loro attività di programmazione e monitoraggio delle attività territoriali, secondo quanto previsto dal presente accordo: i medici, che svolgeranno a turno le attività concordate; gli infermieri che garantiscono le prestazioni sanitarie quali il supporto della gestione dei malati cronici, il monitoraggio dei parametri vitali, la promozione della salute, il counselling e l'empowerment del paziente; il personale amministrativo di segreteria che supporta il medico nella gestione degli utenti, nella attività prescrittiva, per prescrizioni ripetute e prescrizioni informatizzate.
- 6) Alla realizzazione delle AFT, l'Azienda contribuisce con la messa a disposizione, senza oneri a carico dei medici partecipanti, di strutture, utenze, attrezzature, materiale di medicazione, smaltimento rifiuti pericolosi nonché personale infermieristico e amministrativo di supporto.
- 7) Tenuto conto delle funzioni di ciascun medico, può essere prevista una eventuale ripartizione dei compiti tra i medici dell'aggregazione, concordata con il referente della AFT, anche per assicurare l'integrazione effettiva fra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale.
- 8) I medici garantiscono la messa a disposizione dei dati riferiti ai propri assistiti attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche comuni e garantiscono l'interoperabilità con l'Azienda, ai sensi degli articoli 13 bis, 59 bis e 59 ter dell'ACN;

E) Sistemi di valutazione delle AFT

- 1) L'Azienda definirà, d'intesa con le OOSS, sistemi di valutazione delle AFT orientati agli obiettivi di efficacia e qualità, compatibili con la dimensione organizzativa dell'aggregazione
- 2) Gli indicatori di processo e di esito delle AFT sono demandati al Comitato provinciale, ai sensi dell'art. 25, commi 5, 6, 7, 8 dell'ACN.

F) Finanziamenti delle AFT

- 1) La partecipazione ~~da parte~~ dei medici di assistenza primaria alle AFT è remunerata con un compenso orario di euro 15,00. Per i costi di gestione dell'AFT si fa riferimento alla lettera D, punto 6) del presente articolo.

2) Le AFT possono essere finanziate ulteriormente con assegnazione di un budget rapportato alle funzioni da assicurare come in precedenza definite, e/o con compensi variabili corrispondenti a prestazioni o a servizi singoli, secondo quanto previsto dall'art.14, comma 7, dell'ACN.

G) Caratteristiche delle AFT

La costituzione della AFT è obbligatoria e si conforma ai seguenti principi e criteri:

1) componenti:

- sono componenti della AFT i medici di assistenza primaria ed i medici di continuità assistenziale (ed eventualmente quelli di emergenza territoriale) operanti nello stesso ambito territoriale riferito ai medici di medicina generale;
- l'AFT deve avere un numero di componenti minimo di 15 medici di assistenza primaria e quattro titolari di continuità assistenziale, fatte salve situazioni particolari di oggettivo impedimento che potranno essere esaminate e autorizzate temporaneamente in Comitato provinciale;
- ciascun medico può aderire ad una sola aggregazione;

2) accordo:

- l'Azienda, entro 30 giorni dalla richiesta del medico di far parte dell'AFT, ne approva l'atto con provvedimento del Direttore Generale. Gli effetti economici del singolo medico decorrono dall'inizio dell'attività lavorativa presso la sede dell'AFT del medico stesso;
- i medici dell'AFT sono tenuti a rendere pubbliche ai cittadini iscritti nei propri elenchi, anche tramite la carta dei servizi, le forme e le modalità organizzative dell'AFT anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- in caso di conflitto insorto in seno all'AFT sono arbitri:
 - per le questioni deontologiche, l'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia;
 - per le questioni contrattuali il Comitato provinciale;

3) sede:

- la sede rappresentativa dell'AFT è unica ed è indicata dall'Azienda secondo quanto previsto dalla lettera D, punto 4) del presente articolo;

4) attività assistenziale dei medici aggregati:

- fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun componente dell'AFT assume l'impegno ad assistere anche i pazienti degli altri medici dell'AFT, secondo quanto previsto dall'attuale accordo ed in riferimento a quanto previsto dall'art. 26 bis dell'ACN, con possibilità di accesso reciproco ai dati clinici degli assistiti;
- i medici della AFT 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 dell'AFT o, eventualmente, nei casi di urgenza, per il tramite degli altri medici afferenti all'AFT che in quel momento non lavorano nella sede della AFT stessa, nel rispetto delle modalità previste dal presente accordo in materia di recepimento delle chiamate;

5) attività dell'AFT:

- i medici aggregati concordano annualmente la realizzazione di obiettivi di miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata dalla AFT;

- i medici dell'AFT definiscono d'intesa con la Scuola di formazione specifica in medicina generale i programmi di tutoraggio per i tirocinanti della formazione specifica;
- i medici aggregati effettuano riunioni periodiche
 - per la revisione della qualità delle attività e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'AFT
 - la verifica degli obiettivi raggiunti
 - la valutazione di coerenza dell'attività dell'AFT con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi di spesa programmati ai quali l'AFT medesima abbia aderito.
- entro il primo semestre dell'anno successivo il coordinatore dell'AFT trasmette all'Azienda e alla Provincia una relazione circa l'attività annuale svolta in quanto aggregati, dai medici della AFT, ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati;

6) orario:

- ciascun medico aggregato garantisce un orario individuale, secondo quanto previsto nel presente accordo, nella sede distrettuale dell'AFT;
- ciascun medico aggregato è comunque tenuto a garantire una presenza nel proprio studio principale per cinque giorni alla settimana, per almeno un'ora al giorno;
- gli orari dei singoli medici all'interno della sede della AFT devono essere coordinati dal referente della AFT in modo da garantire complessivamente una apertura ambulatoriale, a regime, di dodici ore diurne e dodici ore notturne, rispettivamente dai medici di assistenza primaria dal lunedì al venerdì, fatto salvo quanto previsto alla lettera C) punto 3) del presente articolo, mentre per i restanti giorni e le dodici ore notturne da parte dei medici di continuità assistenziale, con presenza di almeno un medico.
- non è data possibilità, nelle AFT, di accedere allo studio del medico su appuntamento o prenotazione;

7) rapporti con il distretto sanitario:

- all'interno della aggregazioni deve essere eletto un referente dell'AFT alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con la direzione del distretto e con i propri colleghi della AFT;
- l'AFT assicura la connessione, per quanto di competenza, con la rete dei sistemi informativi aziendali.

Articolo 28 ter
Fasi di attuazione delle AFT

1. Nella prima applicazione dell'art. 28 bis sono previste le seguenti fasi:

Fase 1

Entro tre mesi dalla data di sottoscrizione del presente accordo l'Azienda, attraverso il Comitato aziendale, supportato dal tavolo tecnico per la medicina generale di cui all'art. 22, comma 3 quater, del presente accordo:

- individua le AFT costituite per bacini di utenza differenziati;
- nel numero di almeno una per distretto sanitario.

Fase 2

Entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione del presente accordo:

- vengono individuati i referenti delle AFT attivate ed i quattro coordinatori distrettuali. Per i primi due anni, e comunque fino alla cessazione della quarta fase, i coordinatori e rispettivi supplenti vengono, entro trenta giorni dalla firma del presente accordo, scelti dai rappresentanti sindacali delle quattro sigle maggiormente rappresentative della medicina generale.

I supplenti dei coordinatori ricevono disposizioni da parte del coordinatore ed operano in sua assenza dovuta ad impedimenti, malattia, ferie, attività ex art. 21 dell'ACN

L'individuazione dei successivi referenti delle AFT e dei successivi coordinatori e relativi supplenti, avverrà secondo quanto previsto dall'art. 28 bis, lett. B) punto 7) del presente accordo;

- vengono concordati, in sede di Comitato aziendale, i relativi budgets per Distretto e AFT, in seguito a garanzia dell'omogeneità e della coerenza degli indicatori con tutte le professionalità aziendali interessate nell'aggregazione.

Il Comitato aziendale, attraverso i patti aziendali, elabora le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi concordati.

Fase 3

Entro 18 mesi dalla data di sottoscrizione del presente accordo:

- l'AFT organizza e realizza la rete informatica tra i MMG (assistenza primaria e continuità assistenziale ed eventualmente medici dell'emergenza territoriale) che la compongono avvalendosi del sistema Ampere e del Sio aziendale, a totale carico aziendale;
- i medici di continuità assistenziale a tempo determinato e indeterminato obbligatoriamente verranno integrati nelle sedi delle AFT di Distretto in cui si trovano al momento della firma del presente accordo, secondo l'art. 67, comma 16, lettera b1) e lettera b2), dell'ACN.

Fase 4

Alla fine dei due anni dalla data di sottoscrizione del presente accordo le aggregazioni funzionali territoriali dovranno essere attivate e funzionanti, nel numero di almeno una per distretto sanitario, presso le sedi individuate, con il contingente sia di medici di assistenza primaria che di continuità assistenziale.

Entro il 1 gennaio 2017 dovranno essere attivate ed operative tutte le rimanenti AFT.

Articolo 29

Prestazioni aggiuntive a carico dei medici

1. D'intesa con la direzione generale dell'Azienda, i distretti sanitari possono individuare prestazioni aggiuntive erogabili dalle Associazioni. La Provincia, su proposta dell'Azienda e sentito il Comitato provinciale, determina le tariffe per tali prestazioni.

2. L'erogazione di dette prestazioni può essere richiesta, in relazione alle esigenze, dal distretto sanitario alle Associazioni disponibili, con le quali sono concordate le modalità di erogazione, oppure può essere proposta dalle Associazioni stesse al distretto sanitario.

Articolo 30

Recupero di indennità e compensi non dovuti

L'Azienda recupera, mediante trattenute sugli emolumenti in corso, le indennità e i compensi erogati e non dovuti a causa di incomplete, irregolari e false comunicazioni da parte del medico.

TITOLO III

Continuità assistenziale

Articolo 31

Attivazione e organizzazione del servizio

1. Il servizio di continuità assistenziale viene attivato anche nelle giornate di sabato nella fascia oraria dalle ore 8.00 alle ore 10.00, fatto salvo l'obbligo per i medici di assistenza primaria di effettuare le visite richieste nella giornata di venerdì ai sensi dell'articolo 47, comma 6, dell'ACN.
2. L'erogazione delle prestazioni da parte dei medici di continuità assistenziale è gratuita in favore dei cittadini iscritti al Servizio sanitario provinciale e a pagamento, con le tariffe delle visite occasionali di cui all'articolo 57 dell'ACN, negli altri casi.
3. I medici di continuità assistenziale assicurano nelle giornate di sabato e festive l'erogazione, a fronte dei compensi previsti dal presente accordo, delle prestazioni domiciliari di assistenza integrata, ove richieste dal medico titolare dell'assistenza e subordinatamente all'assolvimento dell'attività istituzionale.
4. Ai medici di continuità assistenziale è riconosciuta una quota aggiuntiva al compenso orario previsto dall'ACN pari a euro 4,34 per ora.

Articolo 32

Sostituzioni e incarichi provvisori

1. Per il conferimento di incarichi di sostituzione e/o provvisori, in caso di carente disponibilità dei medici di cui al comma 4 dell'articolo 70 dell'ACN, l'Azienda, ai sensi dell'articolo 65, comma 14, dell'ACN, può concordare con i medici già incaricati di continuità assistenziale o già incaricati sia di continuità assistenziale che di assistenza primaria, con precedenza per i medici operanti nell'ambito territoriale in cui è situata la sede dell'incarico provvisorio, un aumento delle ore settimanali fino al limite di 38 ore, per un periodo massimo di 3 mesi e purché il medico non svolga anche attività libero professionale strutturata.
2. Qualora non sia possibile garantire il servizio secondo le procedure di cui al precedente comma, le sostituzioni e/o gli incarichi provvisori di continuità assistenziale sono conferiti nell'ordine ed entro i limiti previsti nell'allegato C al presente accordo.
3. Ai sensi dell'articolo 65, comma 14, dell'ACN, l'Azienda può concordare con i medici di cui alla lettera a) dell'allegato C al presente accordo un aumento delle ore settimanali fino al limite di 38 ore.

Articolo 33

Indennità per turni festivi

1. Per le festività di particolare rilevanza di seguito elencate è riconosciuta ai medici di continuità assistenziale in servizio una quota oraria aggiuntiva di euro 4,00:

1 gennaio	dalle 00.00 alle 24.00
6 gennaio	dalle 8.00 alle 20.00
Pasqua	dalle 8.00 alle 20.00
Lunedì dell'Angelo	dalle 8.00 alle 20.00
25 aprile	dalle 8.00 alle 20.00
1 maggio	dalle 8.00 alle 20.00
2 giugno	dalle 8.00 alle 20.00
15 agosto	dalle 8.00 alle 20.00
1 novembre	dalle 8.00 alle 20.00
8 dicembre	dalle 8.00 alle 20.00
24 dicembre	dalle 14.00 alle 24.00
25 dicembre	dalle 00.00 alle 24.00
26 dicembre	dalle 00.00 alle 20.00
31 dicembre	dalle 14.00 alle 24.00.

Articolo 34 Reperibilità

1. L'Azienda organizza turni di reperibilità domiciliare dei medici di continuità assistenziale ai sensi dell'articolo 71 dell'ACN, per ambiti territoriali individuati dall'Azienda stessa, sentito il Comitato provinciale.
2. Per ogni ora di reperibilità effettuata è riconosciuto un compenso orario pari alla metà del compenso previsto dall'articolo 72, comma 1, dell'ACN.

TITOLO IV

Assistenza sanitaria ai turisti

Articolo 35

Disciplina del servizio

1. L'Azienda, avuto riguardo alla consistenza dei flussi turistici e alle circostanze ambientali e meteorologiche che ne influenzano il volume e la durata, individua le zone nelle quali deve essere garantita con continuità l'assistenza primaria per gli ospiti che vi soggiornano.

2. L'assistenza è di norma garantita:

- dai medici di assistenza primaria inseriti nelle zone individuate che dichiarano la loro disponibilità, nei giorni e nelle fasce orarie di competenza presso i loro studi professionali e a domicilio;
- dai medici di continuità assistenziale dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni feriali, dalle ore 10.00 del giorno prefestivo alle ore 8.00 del giorno successivo al festivo e il sabato anche dalle ore 8.00 alle ore 10.00, solo a domicilio.

3. I medici dell'assistenza primaria che intendono assicurare l'assistenza ai turisti comunicano all'Azienda le sedi degli studi e gli orari in cui gli ospiti potranno accedere, aggiuntivi rispetto agli orari di accesso dei loro assistiti.

4. Lo svolgimento dell'attività di assistenza ai turisti non determina la riduzione del massimale di scelte dei medici di assistenza primaria, di cui all'articolo 39, comma 4, dell'ACN, ma non deve tuttavia comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi convenzionali del medico nei confronti dei propri assistiti.

5. I medici sono tenuti a notare direttamente con proprio bollettario le prestazioni erogate ai turisti e a compilare e restituire all'Azienda un elenco di tali prestazioni, su apposita modulistica fornita dall'Azienda stessa.

6. Per le prestazioni erogate i medici possono richiedere i seguenti compensi onnicomprensivi:

- euro 20,00 per la visita ambulatoriale;
- euro 30,00 per la visita domiciliare.

Qualora il medico, a propria discrezione, si limiti al rilascio di una prescrizione farmaceutica, tale prescrizione può essere rilasciata gratuitamente. Nel caso di assistiti con diritto all'esenzione dal pagamento secondo le indicazioni dell'Azienda, il relativo compenso è erogato dall'Azienda su presentazione di idonea documentazione.

7. L'Azienda diffonde l'elenco dei medici dell'assistenza primaria disponibili, completo delle sedi e degli orari e informa circa le tariffe stabilite per l'accesso all'assistenza e circa le modalità di ricorso ai medici della continuità assistenziale nei casi di urgenza.

8. Qualora, con riferimento alla zona individuata, l'offerta di assistenza da parte dei medici di assistenza primaria disponibili sia inferiore alle necessità, l'Azienda può

organizzare un servizio di assistenza aggiuntivo, affidandone lo svolgimento ad un medico con incarico libero professionale. Tale incarico, compatibilmente con gli assetti organizzativi aziendali e previa autorizzazione della Provincia, può essere conferito anche a medici di continuità assistenziale, i quali sono tenuti a richiedere un periodo di sospensione dall'attività convenzionale, ai sensi dell'articolo 18 dell'ACN.

9. L'Azienda predispone annualmente e trasmette alla Provincia una relazione circa il funzionamento del servizio di assistenza ai turisti nelle stagioni invernale ed estiva antecedenti. Sulla scorta di tali relazioni le parti si riservano di verificare la funzionalità del servizio e la necessità di eventuali modifiche e integrazioni alla presente disciplina.

Norma finale n. 1

I coordinatori distrettuali di prima nomina non hanno diritto ad alcun compenso fatto salvo il rimborso delle spese di viaggio.

ALLEGATO A

Conferimento incarichi di sostituzione o provvisori di assistenza primaria

(rif. articolo 16, comma 2)

- 1 Medici presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale, secondo quanto previsto dall'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per sostituzioni e incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i medici iscritti alla Scuola di formazione specifica in medicina generale della provincia di Trento e, tra questi, con precedenza per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale.
- 2 Medici presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando corsi di specializzazione, secondo quanto previsto dall'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale.
- 3 Medici di cui alla norma transitoria n. 4 dell'ACN, ossia i medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione nella graduatoria provinciale e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per sostituzioni e incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i medici che abbiano conseguito l'attestato presso la Scuola di formazione specifica in medicina generale della provincia di Trento e, tra questi, con precedenza per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea;
- 4 Medici non presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale, secondo quanto previsto dall'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per sostituzioni e incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i medici iscritti alla Scuola di formazione specifica in medicina generale della provincia di Trento, e, tra questi, con precedenza per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea.
- 5 Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale prima del 31 dicembre 1994 e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per sostituzioni e incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età alla data del conseguimento della laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea.
- 6 Medici di cui alla norma finale n. 5 dell'ACN, ossia i medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994 e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per sostituzioni e incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della

minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea.

- 7 Medici non presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando un corso di specializzazione, secondo quanto previsto dall'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per sostituzioni e incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età alla data del conseguimento della laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea.
- 8 Medici di assistenza primaria titolari di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito territoriale, alle medesime condizioni previste dall'articolo 16, comma 1, del presente accordo.

ALLEGATO B
**Collaborazione di medici di assistenza primaria nelle attività
di emergenza territoriale**

(rif. articolo 23, comma 3)

L'attività di collaborazione svolta dai medici di assistenza primaria nell'ambito delle attività di emergenza territoriale non deve recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico nei confronti dei propri assistiti e deve avvenire nel rispetto dei seguenti criteri, indicati nella deliberazione della Giunta provinciale n. 2585 del 12 novembre 2004:

- l'adesione è su base volontaria e per i medici di medicina generale nell'ambito di contratti di lavoro definiti all'interno di accordi sindacali;
- i medici di medicina generale che aderiscono al progetto rispondono alle chiamate, su attivazione della Centrale operativa Trentino Emergenza 118, per tutti gli utenti del territorio di competenza, anche quelli in carico a colleghi che non partecipano al progetto;
- il numero di medici che costituiscono l'equipe deve essere tale da permettere un'adeguata successione dei turni;
- ogni medico deve poter disporre degli idonei strumenti di comunicazione con la Centrale operativa Trentino Emergenza 118 (radio ricetrasmittenti sintonizzate sulle frequenze appropriate e/o telefoni cellulari) e degli adeguati strumenti utili in situazioni di emergenza urgenza sanitaria;
- devono essere predisposti corsi di formazione e aggiornamento continuo per i medici volontari che opereranno nell'urgenza - emergenza territoriale.

ALLEGATO C
**Conferimento incarichi di sostituzione o provvisori di continuità
assistenziale**
(rif. articolo 32, comma 2)

In caso di carente disponibilità dei medici di cui ai commi 4 e 5 dell'articolo 70 dell'ACN, le sostituzioni e/o gli incarichi provvisori di continuità assistenziale sono conferiti nel seguente ordine ed entro i seguenti limiti:

- a) per un periodo massimo di dodici mesi, prorogabili una sola volta, in deroga alla disposizione di cui all'articolo 70, comma 10, dell'ACN, nel limite massimo di 24 mesi consecutivi:
- 1 medici presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale, secondo quanto previsto dall'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i medici iscritti alla Scuola di formazione specifica in medicina generale della provincia di Trento e, tra questi, precedenza per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale;
 - 2 medici di cui alla norma transitoria n. 4 dell'ACN, ossia i medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione nella graduatoria provinciale e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per sostituzioni e incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i medici che abbiano conseguito l'attestato presso la Scuola di formazione specifica in medicina generale della provincia di Trento e, tra questi, con precedenza per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea;
 - 3 medici presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando corsi di specializzazione, secondo quanto previsto dall'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale;
- b) per un periodo massimo di 6 mesi consecutivi, non prorogabili e rinnovabili esclusivamente dopo il decorso di 3 mesi dalla data di scadenza del precedente incarico, salvo il caso che non vi siano altri medici disponibili:
- 1 medici non presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale, secondo quanto previsto dall'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i medici iscritti alla Scuola di formazione specifica in medicina generale della provincia di Trento, e, tra questi, con precedenza per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea;

- 2 Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale prima del 31 dicembre 1994 e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per sostituzioni e incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età alla data del conseguimento della laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea.
- 3 medici di cui alla norma finale n. 5 dell'ACN, ossia i medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994 e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea;
- 4 medici non presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando un corso di specializzazione, secondo quanto previsto dall'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, e che abbiano trasmesso all'Azienda nota di disponibilità per incarichi provvisori, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i residenti nell'ambito territoriale di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età alla data del conseguimento della laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea.

Trento, 12 settembre 2013

I componenti del Comitato provinciale MMG ex art. 24 ACN 29 luglio 2009

f.to dott. Ugo Rossi

f.to dott. Michele Bardino

f.to dott. Arrigo Andrenacci

f.to dott. Luca Gherardini

f.to dott. Nicola Paoli (INTESA SINDACALE - CISL Medici-FP CGIL
Medici-SIMET-SUMAI)

f.to dott. Stefano Marzini (SNAMI)

f.to dott. Paolo Colorio (FIMMG)

f.to dott. Nabil Fattouh (SMI)