



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Assessorato alla salute, politiche sociali, disabilità e famiglia

Accordo provinciale per i medici di medicina generale

17 aprile 2007

TESTO COORDINATO CON LE MODIFICHE INTRODOTTE DAI SEGUENTI ACCORDI MODIFICATIVI:

- **Accordo 27 agosto 2008** (delibera G.P. n. 1999 dd. 08.08.2008)
- **Accordo 19 dicembre 2012** (delibera G.P. n. 2676 dd. 07.12.2012)
- **Accordo 12 settembre 2013** (delibera G.P. n. 1979 dd. 20.09.2013)
- **Accordo 7 aprile 2016** (delibera G.P. n. 388 dd. 18.03.2016)
- **Accordo 21 settembre 2017** (delibera G.P. n. 1626 dd. 05.10.2017)
- **Accordo 31 maggio 2018** (delibera G.P. n. 1101 dd. 22.06.2018)
- **Accordo 12 settembre 2019** (delibera G.P. n. 1480 dd. 27.09.2019) (Progetto carcere)
- **Accordo 5 marzo 2020** (delibera G.P. n. 343 dd. 13.03.2019) (art. 1 inserito nel testo coordinato)
- **Accordo 5 ottobre 2021** (delibera G.P. n. 1994 dd. 19.11..2021)
- **Accordo 28 ottobre 2021** (delibera G.P. n. 1881 dd. 05.11.2021)
- **Accordo 9 novembre 2021** (delibera G.P. n. 1994 dd. 19.11..2021)

ULTERIORI ACCORDI PROVINCIALI NON INSERITI NEL TESTO COORDINATO:

- **Accordo 31 maggio 2017** (delibera G.P. n. 1024 dd. 23.06.2017)
- **Accordo 5 marzo 2020** (delibera G.P. n. 343 dd. 13.03.2019) (art. 2 - Misure per carenza medici - modificato con Accordi 5 ottobre 2021, 28 ottobre 2021 e 9 novembre 2021)
- **Accordo 10 novembre 2020** (delibera G.P. n. 1915 dd. 20.11.2020) (Tamponi antigenici rapidi e attrezzature)
- **Accordo 12 gennaio 2021** (delibera G.P. n. 63 dd. 22.01.2021) (Vaccini anti-Covid, poi sostituito dall'Accordo del 9 marzo 2021)
- **Accordo 9 marzo 2021** (delibera G.P. n. 384 dd. 15.03.2021) (Modifica Accordo vaccini anti-Covid)

Indice

TITOLO I Disposizioni generali

- Articolo 1 - Principi generali
- Articolo 1 bis – Reti professionali locali
- 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 – Aggregazioni funzionali territoriali (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

NORME FINALI E TRANSITORIE

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. Modalità e termini di recesso dagli incarichi

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) e 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. Fermi restando gli obiettivi fondamentali di carattere generale indicati dall'articolo 5 dell'ACN, i medici di medicina generale, mediante collaborazioni 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 a 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 e 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 provinciale 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.¹

Articolo 1 bis

Reti professionali locali²

1. I medici di medicina generale fanno parte delle Reti professionali locali (RPL), previste all'interno dei distretti sanitari dal Regolamento di organizzazione dell'Azienda e riportate nell'Allegato 1 al presente Accordo, insieme ai medici, convenzionati e dipendenti, e ai professionisti sanitari che in ciascun territorio presidiano la salute della popolazione.

2. Le RPL con riferimento alla medicina generale svolgono le seguenti funzioni, nell'ambito e nel rispetto dell'ACN vigente:

¹ Articolo così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

² Articolo introdotto dall'Accordo del 09.11.2021.

- confronti professionali e interprofessionali,
- sviluppo di sinergie nei protocolli diagnostici terapeutici comuni a tutti gli utenti,
- formazione continua anche in medicina generale,
- formazione all'utilizzo delle apparecchiature messe a disposizione dall'Azienda anche nell'ambito di progetti obiettivo annuali.

3. L'Azienda individua per ogni RPL un medico di medicina generale come referente, secondo un principio di rotazione annuale. Il referente contribuisce all'organizzazione e al coordinamento complessivo della Rete nell'ambito delle funzioni di cui al comma 2, per l'area di competenza e con riferimento al distretto sanitario di appartenenza, in armonia con le altre figure previste dall'art. 28 bis. Ai referenti delle RPL è riconosciuto un compenso annuo di euro 1.800,00.

4. L'Azienda organizza periodicamente riunioni della RPL, di norma una volta al mese in un giorno feriale prefissato, con attivazione del servizio di continuità assistenziale per consentire la partecipazione di tutti i medici di assistenza primaria. Alle riunioni saranno invitati anche professionisti della rete socio-sanitaria e i medici delle RSA, dipendenti o con altre tipologie di contratto, del territorio di riferimento.

5. La partecipazione dei medici di medicina generale alle riunioni di RPL è riconosciuta come attività formativa ai fini ECM.

6. I medici di assistenza primaria della RPL aderiscono alle attività previste dai progetti obiettivo provinciali e aziendali, approvati dai Comitati aziendale o provinciale della medicina generale, che interessano la Rete.

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;³
- 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.⁴

³ Disposizione così modificata dall'Accordo del 12.09.2013.

⁴ Disposizione così modificata dall'Accordo del 12.09.2013.

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.⁵
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 alcologia 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:
 - a) presso strutture convenzionate con il Servizio sanitario provinciale espressamente indicate dalla Provincia con atto formale;
 - b) nello svolgimento di incarichi di assistenza previsti dai programmi di attuazione dei piani distrettuali per la salute dei cittadini;
 - c) nello svolgimento di incarichi diurni di assistenza medica previsti nelle AFT, con le modalità inserite nel presente accordo.⁶
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.

⁵ Comma introdotto dall'Accordo del 12.09.2013

⁶ Lettera così sostituita dall'Accordo del 12.09.2013

Articolo 5 Massimali

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 modificato da 1:1.300 a 1:1.275 a decorrere dal 1° settembre 2017.⁷

6 bis. In attuazione dell'art. 39, comma 14, dell'ACN, come integrato dall'art. 6 dell'ACN del 18 giugno 2020, il massimale dei medici iscritti alla Scuola di formazione specifica in medicina generale titolari di un incarico temporaneo, ai sensi della normativa richiamata in detto comma, può essere incrementato da 500 a 650 scelte, previo consenso del medico, informando periodicamente il Comitato aziendale.⁸

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.

⁷ Comma introdotto dall'Accordo del 12.09.2013 e così sostituito dall'Accordo dd. 21.09.2017.

⁸ Comma introdotto dall'Accordo del 09.11.2021.

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.

7. *(abrogato)*⁹

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;

⁹ Comma abrogato dall'Accordo del 12.09.2013

- 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.¹⁰

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;

¹⁰ Articolo introdotto dall'Accordo del 12.09.2013

- 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.¹¹

Articolo 11
Prestazioni urgenti
*(abrogato)*¹²

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.¹³

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.¹⁴

¹¹ Articolo così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

¹² Articolo abrogato dall'Accordo del 12.09.2013

¹³ Articolo così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

¹⁴ Articolo così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

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, salvo deroga autorizzata dal Comitato aziendale, in relazione alle esigenze assistenziali, e solo decorsi tre anni dalla sua iscrizione nell'elenco dell'ambito può richiedere una diversa collocazione dello studio principale.¹⁵

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”.¹⁶
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

¹⁵ Disposizione modificata dall'Accordo del 09.11.2021.

¹⁶ Comma così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

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 ricazione 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 ricazione 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.¹⁷

2. Per il conferimento degli incarichi di sostituzione e di quelli provvisori di cui all'articolo 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.¹⁸

Articolo 17 Collaboratori di studio¹⁹

1. Il personale collaboratore di studio operante presso i medici di assistenza primaria supporta le attività amministrative e organizzative dei medici in presenza o a distanza (segreteria virtuale), garantendo almeno i seguenti servizi minimi:

- risposta agli utenti da parte di un operatore;
- gestione appuntamenti;
- possibilità di comunicazione delle chiamate al medico.

¹⁷ Comma così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

¹⁸ Comma introdotto dall'Accordo del 12.09.2013

¹⁹ Articolo così sostituito dall'Accordo del 09.11.2021, con decorrenza 19.11.2021.

2. Le funzioni amministrative inerenti le 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, il collaboratore è scelto preferibilmente tra quelli che si sono qualificati con la frequenza dello specifico corso di formazione definito 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.

L'Azienda organizza iniziative di formazione continua e aggiornamento per i collaboratori di studio, relative a innovazioni organizzative e altre tematiche di interesse.

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 è pari ad almeno 10 ore settimanali. In presenza di associazioni, diverse dalla MGI, 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. I medici in medicina di gruppo integrata (MGI) possono richiedere all'Azienda il riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio:

- fino a 5 ore settimanali fino a 500 assistiti;
- fino a 10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti;
- fino a 20 ore settimanali oltre i 1000 assistiti.

8. A decorrere dal primo giorno del mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo l'indennità di collaboratore di studio è pari a euro 20,00 per ogni ora di servizio del collaboratore²⁰, nel limite dell'orario settimanale di cui ai commi precedenti. In presenza di associazioni, diverse dalla MGI, tale indennità è suddivisa in parti uguali tra gli associati.

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

- a) garanzia di erogazione dei servizi minimi di cui al comma 1;
- b) qualificazione provinciale dei collaboratori ai sensi del comma 3;
- c) rapporto di lavoro conforme alle modalità di cui ai commi 4 e 5;
- d) durata dell'orario settimanale come specificato ai commi 6 e 7.

10. I medici entro il mese di febbraio presentano all'Azienda una dichiarazione con il totale delle spese sostenute nell'anno precedente per il collaboratore di studio. Se le somme erogate

²⁰ Il nuovo compenso trova applicazione dal 01.12.2021.

dall'Azienda come indennità di collaboratore di studio sono superiori alla spesa dichiarata, l'Azienda procede in corso d'anno al recupero dell'importo eccedente.

11. 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.

12. Dopo l'entrata in vigore del presente Accordo, i medici continuano a percepire le indennità di collaboratore di studio per le ore già riconosciute. Dalla medesima data le indennità di collaboratore di studio potranno essere riconosciute solo ai medici che a tale data avevano già presentato domanda all'Azienda e ai medici operanti nelle MGI. In caso di trasformazione della forma associativa in MGI, i medici associati possono mantenere il personale collaboratore di studio già operante con rapporto di dipendenza o altro rapporto di lavoro, aumentandone eventualmente l'orario settimanale nei limiti di cui al comma 7.

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 25,00 per ogni ora di servizio dell'infermiere²¹;

²¹ Compenso modificato dall'Accordo dd. 09.11.2021, con decorrenza 01.12.2021.

- 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.

7 bis. I medici entro il mese di febbraio presentano all'Azienda una dichiarazione con il totale delle spese sostenute nell'anno precedente per il personale infermieristico. Se le somme erogate dall'Azienda come indennità di personale infermieristico sono superiori alla spesa dichiarata l'Azienda procede in corso d'anno al recupero dell'importo eccedente.²²

7 ter Dopo l'entrata in vigore del presente Accordo, i medici continuano a percepire le indennità di personale infermieristico per le ore già riconosciute. Dalla medesima data le indennità di personale infermieristico potranno essere riconosciute solo ai medici che a tale data avevano già presentato domanda all'Azienda e ai medici operanti nelle MGI. In caso di trasformazione della forma associativa in MGI, i medici associati possono mantenere il personale infermieristico o operatore socio-sanitario già operante con rapporto di dipendenza o altro rapporto di lavoro.²³

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.²⁴

10. Gli infermieri di comunità dell'Azienda si integrano con le RPL e con le MGI per la realizzazione di progetti obiettivo della medicina generale condivisi.²⁵

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 diagnostico 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;

²² Comma introdotto dall'Accordo dd. 09.11.2021.

²³ Comma introdotto dall'Accordo dd. 09.11.2021.

²⁴ Comma così sostituito dall'Accordo del 12.09.2013.

²⁵ Comma introdotto dall'Accordo dd. 09.11.2021.

- 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.²⁶
4. Dal 1° settembre 2017 viene corrisposta la quota capitaria annuale di euro 0,20 come prevista dal comma 7 dell'art. 8 dell'ACN 2010 per ciascun medico, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda; essa è calcolata sugli assistiti affetti da una o più patologie croniche ai sensi del DM 28 maggio 1999, n. 329 ed aggiunta a quanto previsto dal comma 6 dell'art. 23 dell'ACP vigente, alle medesime condizioni di pagamento mensile.²⁷

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 riconsiliazione 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.

²⁶ Comma così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

²⁷ Comma introdotto dall'Accordo del 21.09.2017.

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; la ricezione delle chiamate non è da intendersi quale reperibilità o pronta disponibilità da parte dei medici; 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 D.M. 24 aprile 2013, art. 3, comma 1, lett. b), nei confronti di soggetti di età pari o inferiore agli anni 18.²⁸

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, concordato con il distretto sanitario di riferimento;²⁹

²⁸ Articolo modificato dall'Accordo del 12.09.2013

²⁹ Così modificato dall'Accordo dd. 5 marzo 2020 con decorrenza 1 aprile 2020.

- euro 45,00 per ogni accesso in assistenza domiciliare integrata – cure palliative, concordato con l’Azienda;³⁰
- euro 25,00 per ogni accesso in assistenza domiciliare programmata concordato con il distretto sanitario di riferimento;³¹

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.³²

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.³³

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.³⁴

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.³⁵

4 ter. L’importo di cui all’allegato “D” (“Prestazioni aggiuntive”) dell’ACN vigente per i medici di medicina generale per l’effettuazione di vaccinazioni antinfluenzali, è incrementato da euro 6,16 ad un massimo di euro 9,00 per prestazione resa. L’incremento per prestazione resa viene calcolato pari ad euro 1,00 per prestazione resa se l’aumento è pari almeno al 2%; ad euro 1,50 se l’aumento è pari almeno al 5%; ad euro 2,00 se l’aumento è pari all’8% e ad euro 2,84 se l’aumento è pari almeno al 10%, rispetto ai valori registrati nella campagna precedente.

L’importo di euro 9,00 per prestazione resa è corrisposto individualmente negli anni successivi solo a condizione che il risultato totale delle vaccinazioni sia confermato uguale o migliore all’anno precedente.

Sui risultati della propria collaborazione alla campagna vaccinale antinfluenzale il medico invia apposito elenco all’Azienda che retribuisce il singolo medico al 27 del mese successivo all’invio della suddetta relazione. Al finanziamento del costo derivante dal presente comma si provvede con le somme del Fondo obiettivi dell’art. 23 dell’ACP.³⁶

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;

³⁰ Introdotta dall’Accordo dd. 5 marzo 2020 con decorrenza 1 aprile 2020.

³¹ Così modificato dall’Accordo del 19.12.2012, con decorrenza 1 gennaio 2012.

³² Comma introdotto dall’Accordo del 19.12.2012.

³³ Comma introdotto dall’Accordo del 19.12.2012.

³⁴ Comma introdotto dall’Accordo del 19.12.2012.

³⁵ Comma introdotto dall’Accordo del 12.09.2013.

³⁶ Comma introdotto dall’Accordo del 21.09.2017.

- 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.³⁷

7. In prima applicazione, per l'anno 2013, il Fondo è stabilito in euro 3.964.000,00.³⁸

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 finanziare 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 ratifica.

5. I criteri di remunerazione delle attività di cui al presente articolo sono concordati dal Comitato aziendale, in relazione anche ad indicatori di risultato.³⁹

6. Dal 1° settembre 2017 viene corrisposta una quota annuale, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, di 2,00 (due) euro/annui per assistito, sugli assistiti affetti da una o più patologie di cui agli allegati 7, 8 e 8 bis del DPCM 12 gennaio 2017. La quota viene calcolata e pagata mensilmente in base al numero degli assistiti calcolati mese per mese dall'Azienda, sulla base dei dati forniti dall'Azienda medesima, salvo conguagli per errori segnalati dai medici di medicina generale.⁴⁰

6 bis. La quota annuale di cui al comma 6 e la quota annuale di cui al comma 4 dell'articolo 19 sono corrisposte a fronte dell'impegno da parte di ciascun medico:

- a) a contattare, prima possibile, i propri assistiti affetti da malattie croniche o rare ma non inseriti negli elenchi forniti dall'Azienda, affinché essi diano avvio alle procedure per il

³⁷ Comma così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

³⁸ Comma così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

³⁹ Articolo così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

⁴⁰ Comma introdotto dall'Accordo del 21.09.2017 "in considerazione del maggior impegno di cura ed aggiornamento professionale dovuto all'invecchiamento della popolazione ed alle patologie emergenti dalla nuove ricerche scientifiche, aggiornate al 2017".

riconoscimento dello status di malato cronico o raro ai sensi degli allegati 7, 8 e 8 bis del DPCM 12 gennaio 2017;

- b) a garantire almeno tre visite (ambulatoriali e/o domiciliari) all'anno nei confronti degli assistiti di cui alla lettera a); sono fatti salvi i casi, documentati dal medico, di intervenuta attivazione ma mancata risposta da parte dell'assistito.⁴¹

7. Al finanziamento del costo derivante dal nuovo comma 6 dell'art. 23 si provvede con le somme del Fondo obiettivi di cui al presente art. 23.⁴²

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 D.L. 30 settembre 2003 n. 269, convertito in legge 24 novembre 2003 n. 326.⁴³

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.⁴⁴

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.⁴⁵

6. Per gli oneri materiali sostenuti per l'attuazione di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche e diagnostiche, è riconosciuta ai medici un'indennità annuale una tantum, retribuita nel mese di luglio 2018 e luglio 2019, di euro 180,00. In relazione alle problematiche tecniche relative all'avvio del processo di dematerializzazione, fino al 27 giugno 2018 non configura inadempimento contrattuale il mancato rispetto degli obblighi derivanti da tale normativa, qualora dovuti a problemi tecnici non risolvibili, debitamente comunicati all'Azienda; successivamente a tale data, sono fatti salvi i casi in cui non sia possibile accedere alla piattaforma informatica per la prescrizione dematerializzata.⁴⁶

⁴¹ Comma introdotto dall'Accordo del 31.05.2018

⁴² Comma introdotto dall'Accordo del 21.09.2017

⁴³ Comma così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

⁴⁴ Comma così sostituito dall'Accordo del 12.09.2013

⁴⁵ Comma introdotto dall'Accordo del 12.09.2013

⁴⁶ Comma introdotto dall'Accordo del 31.05.2018

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 3.671.000,00.⁴⁷

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	euro 32,00 all'ora comprensivo della progettazione e

⁴⁷ Articolo così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

formazione continua	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.⁴⁸

Articolo 27

Forme associative dell'assistenza primaria

1.⁴⁹

2.⁵⁰

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 3.⁵¹

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.⁵²

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;

⁴⁸ Comma introdotto dall'Accordo del 12.09.2013

⁴⁹ Comma abrogato dall'Accordo del 09.11.2021. A seguito di tale abrogazione trova applicazione l'art. 54 dell'ACN.

⁵⁰ Comma abrogato dall'Accordo del 09.11.2021. A seguito di tale abrogazione trova applicazione l'art. 54 dell'ACN.

⁵¹ Comma introdotto dall'Accordo del 12.09.2013

⁵² Comma così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

- 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 1000.⁵³

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

⁵³ Disposizione introdotta dall'Accordo del 27.08.2008.

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'idonea 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'ideale 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. Le medicine di gruppo, le medicine in rete e le medicine in associazione periferica complessa presenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo continuano ad operare, nella composizione esistente (cioè senza aumento del numero dei componenti), secondo la disciplina dell'art. 27, commi da 3 a 11. Le risorse destinate a finanziare tali forme associative non possono superare il tetto di spesa raggiunto alla data di entrata in vigore del presente accordo. I medici continuano a percepire gli specifici compensi previsti dall'art. 27 fino ad esaurimento per cessazione degli associati o per adesione alla medicina di gruppo integrata di cui ai commi successivi. In caso di cessazione di un associato è comunque consentita l'adesione alla forma associativa esistente dei medici con incarico provvisorio, fino alla scadenza dell'incarico e con riconoscimento degli specifici compensi. Tale disposizione si applica anche con riferimento alle medicine di gruppo integrate di cui ai commi successivi.⁵⁴

13. La medicina di gruppo integrata (di seguito MGI) è un'associazione complessa e volontaria, costituita tra medici appartenenti alla stessa RPL. Alla MGI si applicano le disposizioni di cui all'art. 54, comma 4, dell'ACN, con le seguenti deroghe:

- lett. e): il numero massimo di componenti della medicina di gruppo integrata è di 10 medici di assistenza primaria.

- lett. j): le medicine di gruppo integrate garantiscono una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 8 ore giornaliere nella sede. Qualora i medici siano meno di 5, le ore presso la sede possono essere ridotte a 5, con impegno dei medici a garantire ulteriori 4 ore giornaliere di accesso attraverso il coordinamento degli orari degli altri ambulatori sul territorio. Eventuali deroghe locali verranno concordate in Comitato aziendale.⁵⁵

14. La medicina di gruppo integrata inoltre si caratterizza come segue:

a) Sede: la MGI ha una sede in cui ciascun medico associato presta servizio almeno un giorno a settimana, per un minimo di 3 ore, per svolgere attività ambulatoriale, attività nell'ambito di progetti obiettivo o altre attività concordate dal gruppo. La sede può essere aziendale/pubblica o privata. La sede può essere messa gratuitamente a disposizione dei medici che svolgono l'attività in medicina di gruppo con apertura per 10 ore al giorno, ai sensi dell'art. 41, comma 7 bis, della legge provinciale n. 16/2010.

Il medico svolge la restante attività ambulatoriale negli altri studi sul territorio. I medici della MGI assicurano un'omogenea copertura ambulatoriale della zona in cui operano. La costituzione della MGI non può comportare una riduzione del livello assistenziale garantito nella zona in cui i medici operano.

b) Orario: i medici in medicina di gruppo integrata garantiscono un orario individuale settimanale minimo di 75 minuti ogni 100 assistiti.

c) Apparecchiature:

- i medici garantiscono l'utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;

- presso la sede della MGI l'Azienda mette a disposizione dei medici, in comodato d'uso gratuito, apparecchiature per la diagnostica di primo livello e a supporto della telemedicina, ai sensi dell'art. 4 dell'Accordo provinciale del 10 novembre 2020. Le tipologie di apparecchiature e le modalità di utilizzo sono disciplinate in sede di Comitato aziendale, con la previsione di indicatori di processo e di risultato. Ciascuna MGI formula le proprie proposte.

d) Attività compatibili: non trova applicazione l'art. 54, comma 5, dell'ACN.

15. I medici convenzionati dopo l'entrata in vigore del presente Accordo di norma svolgeranno la loro attività nell'ambito delle MGI. A tal fine l'Azienda, in sede di pubblicazione degli ambiti

⁵⁴ Comma così sostituito dall'Accordo del 09.11.2021.

⁵⁵ Comma così sostituito dall'Accordo del 09.11.2021.

carenti, potrà indicare che l'attività convenzionale si svolga all'interno di una medicina di gruppo integrata. I medici già operanti in MGI favoriranno l'adesione dei nuovi medici. Eventuali criticità saranno discusse in Comitato aziendale.⁵⁶

16. Ai medici in medicina di gruppo integrata è riconosciuto un compenso annuo di euro 10,00 per assistito in carico.⁵⁷

17. Con successivo Accordo potrà essere disciplinata l'adesione alle MGI dei medici di continuità assistenziale, anche ai fini dell'attuazione di quanto previsto dall'art. 62, comma 2, lett. b) dell'ACN.⁵⁸

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.⁵⁹

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;

⁵⁶ Comma così sostituito dall'Accordo del 09.11.2021.

⁵⁷ Comma introdotto dall'Accordo del 09.11.2021.

⁵⁸ Comma introdotto dall'Accordo del 09.11.2021.

⁵⁹ Comma così modificato dall'Accordo del 12.09.2013

- 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 cure 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 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.⁶⁰

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

⁶⁰Articolo introdotto dall'Accordo del 12.09.2013

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.⁶¹

Articolo 29

Prestazioni aggiuntive a carico delle associazioni di 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

1. 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.

⁶¹ Articolo introdotto dall'Accordo del 12.09.2013

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. A decorrere dal primo giorno del mese successivo all'entrata in vigore del presente Accordo ai medici di continuità assistenziale è riconosciuta una quota oraria aggiuntiva al compenso orario previsto dall'ACN pari a euro 5,34 per ora. Detta quota aggiuntiva è erogata in relazione a:

- la partecipazione dei medici ai programmi aziendali di informatizzazione, compresa la prescrizione dematerializzata, secondo i tempi di implementazione previsti dall'Azienda;
- la gestione del paziente in coerenza con i dati disponibili nei sistemi informativi aziendali a disposizione dei medici ivi compreso il patient summary dal momento in cui sarà disponibile;
- la partecipazione dei medici alla Rete delle Cure Palliative, compresi i momenti formativi organizzati dall'Azienda sull'argomento.⁶²

5. La quota oraria aggiuntiva di cui al comma 4 è incrementata di euro 1,04, a decorrere dal 1 novembre 2021, per un totale orario complessivo, nazionale e provinciale, pari a euro 30,00, a fronte dell'utilizzo da parte dei medici di continuità assistenziale dei sistemi e dei supporti necessari al coordinamento con la Centrale operativa NUE 116117.⁶³

6. Le prestazioni di continuità assistenziale possono essere realizzate anche con le modalità previste dall'art. 62, comma 2, lettere b) e c) dell'ACN, secondo la specifica disciplina che sarà definita con successivo accordo provinciale, fermo restando quanto previsto dalla lettera a) del medesimo articolo.⁶⁴

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.

⁶² Comma così sostituito dall'Accordo del 5 marzo 2020 con decorrenza 1 aprile 2020.

⁶³ Comma introdotto dall'Accordo del 28 ottobre 2021.

⁶⁴ Comma introdotto dall'Accordo del 28 ottobre 2021.

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 metereologiche 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 notulare 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 30,00 per la visita ambulatoriale;
- euro 40,00 per la visita domiciliare⁶⁵.

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 può essere conferito anche a medici di continuità assistenziale, con precedenza per i medici con incarico a tempo indeterminato⁶⁶.

9. L'Azienda predispose 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.

⁶⁵ Compensi così modificati dall'Accordo dd. 5 marzo 2020 con decorrenza 1 aprile 2020.

⁶⁶ Comma così modificato dall'Accordo dd. 5 marzo 2020 con decorrenza 1 aprile 2020.

NORME FINALI

Norma finale n. 1 dell'Accordo del 12.09.2013

I coordinatori distrettuali di prima nomina non hanno diritto ad alcun compenso fatto salvo il rimborso delle spese di viaggio. (*rif. art. 28 ter fase 2*)

Norma finale n. 1 dell'Accordo del 9 novembre 2021

1. Le parti concordano di attivare un tavolo di confronto con i Comuni e altri enti al fine di promuovere la messa a disposizione dei medici di assistenza primaria di ambulatori (principali e secondari) a titolo gratuito.
2. Le parti si impegnano inoltre ad individuare possibili soluzioni per il riconoscimento di un contributo ai medici che operano in ambulatori di proprietà di privati.

Norma finale n. 2 dell'Accordo del 9 novembre 2021

Le parti concordano di attivare un tavolo aziendale per la semplificazione nell'ambito della medicina generale.

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n° 1

(Progetto per l'assistenza della popolazione carceraria) ⁶⁷

1. Premessa.

- Vista la necessità di garantire l'assistenza sanitaria all'interno della Casa circondariale di Spini di Gardolo;
- tenuto conto che l'Accordo Stato-Regioni del 22 gennaio 2015 (*“Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”*) ha individuato il servizio sanitario penitenziario quale sede territoriale dell'Azienda sanitaria e ha definito le caratteristiche principali del *“servizio medico multi professionale integrato”*, da considerarsi riferimento per il Servizio sanitario provinciale della Provincia autonoma di Trento;
- in attesa di una specifica regolamentazione nazionale del rapporto di lavoro dei medici del settore penitenziario, che dovrebbe trovare collocazione all'interno dell'Accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale

si ritiene di procedere attraverso l'attivazione di un progetto triennale rinnovabile per i medici di continuità assistenziale della provincia di Trento, finalizzato a garantire l'assistenza della popolazione carceraria detenuta nella Casa circondariale di Spini di Gardolo.

2. Il progetto viene attivato secondo le modalità individuate dalla presente norma transitoria ed in coerenza con la programmazione sanitaria provinciale; è descritto nell'Allegato alla presente norma.

3. Ai medici di continuità assistenziale aderenti al Progetto, secondo quanto previsto dal loro inquadramento contrattuale, in relazione alla particolare complessità della popolazione presente nella Casa circondariale e dei compiti affidati dal Progetto allegato, spetterà, in maggiorazione dei compensi previsti dall'articolo 72 dell'ACN e dal Titolo III del presente Accordo provinciale, un compenso orario aggiuntivo di euro 9,50 per ogni ora di servizio; detta maggiorazione ricomprende anche, forfettariamente, i maggiori compiti previsti nell'allegato di cui al comma 2 e le prestazioni richieste.⁶⁸

4. Le maggiorazioni dei compensi di cui al comma 3 saranno erogati con le medesime periodicità previste per la quota aggiuntiva provinciale di cui al comma 4 dell'articolo 31.

5. L'Azienda assicurerà inoltre ai medici aderenti al Progetto, con oneri interamente a proprio carico:

- un'adeguata formazione sulle specificità dell'assistenza in carcere: ante ingresso nella Casa circondariale (riconosciuta come orario di servizio) e corsi di aggiornamento annuali aziendali sulle specificità dell'assistenza in carcere (parimenti riconosciuti come orario di servizio);
- una copertura assicurativa analoga a quella riconosciuta al personale dipendente dell'Azienda operante presso la Casa circondariale e comprendente le prestazioni richieste nel progetto;
- l'attrezzatura sanitaria richiesta per lo svolgimento dei compiti assegnati.

6. Il Progetto di cui al comma 2 avrà durata di tre anni, eventualmente rinnovabili automaticamente per ulteriori tre, salvo che la parte pubblica o la maggioranza della rappresentanza sindacale non comunichi, entro sei mesi dalla scadenza dei primi tre anni, la propria volontà di disdettarlo. I tre anni decorreranno dalla data di approvazione del presente articolo da parte della Giunta provinciale.

In caso di sopravvenuta diversa specifica regolamentazione della materia dell'assistenza medica carceraria da parte dell'Accordo collettivo nazionale della medicina generale, il Comitato provinciale ex art. 24 valuterà la compatibilità del Progetto medesimo con le nuove disposizioni contrattuali.

7. L'Azienda, con avviso interno, acquisirà:

- la disponibilità dei medici di continuità assistenziale titolari di incarico presso l'Azienda medesima a partecipare al Progetto, che s'impegnano a dedicare allo stesso 38 ore settimanali di attività (attività esclusiva in favore dell'assistenza in carcere). Nel caso in cui i medici disponibili alla partecipazione, nei termini sopra indicati, fossero superiori a cinque, verranno applicati,

⁶⁷ Norma introdotta dall'Accordo del 12 settembre 2019.

⁶⁸ Comma così modificato dall'Accordo del 28 ottobre 2021, in vigore dal 5 novembre 2021.

nell'ordine, i seguenti criteri di priorità: possesso del diploma di medicina generale - maggiore anzianità di laurea - minore età.

- la disponibilità dei medici di continuità assistenziale a tempo determinato presso l'Azienda medesima, alle stesse condizioni di cui al punto a), qualora non avesse acquisito, in esito alla procedura di cui al punto a) la disponibilità di almeno cinque medici a tempo indeterminato.

Il Progetto non prenderà avvio se l'Azienda, al termine delle procedure di cui alle lettere a) e b), non avesse acquisito la disponibilità di almeno cinque medici a 38 ore settimanali (esclusivisti).

8. Il medico di continuità assistenziale a tempo indeterminato che aderisce al progetto, con trasferimento della propria attività presso la Casa circondariale, alla scadenza del progetto o in caso di rinuncia anticipata allo stesso, da comunicare con preavviso di almeno 30 giorni, ha diritto a ritornare presso la sede originariamente assegnata, con incarico di 24 ore settimanali.

Il medico di continuità assistenziale a tempo determinato che aderisce al progetto, con trasferimento della propria attività presso la Casa circondariale, in caso di rinuncia anticipata al progetto, da comunicare con preavviso di almeno 30 giorni, ha diritto ad essere assegnato ad altra sede, secondo le esigenze aziendali, fino alla scadenza dell'incarico, a 24 ore settimanali.

9. Coloro che accetteranno di partecipare al Progetto e saranno compatibili con il fabbisogno aziendale firmeranno l'assenso al Progetto.

10. Alla copertura della spesa dei compensi orari aggiuntivi dei medici di continuità assistenziale assegnati al Progetto si farà fronte con risorse del bilancio aziendale.

11. Ai medici di continuità assistenziale presenti nella sede di Spini di Gardolo sarà riconosciuto il punteggio relativo all'attività di continuità assistenziale previsto dall'ACN per ogni mese di attività garantita.

Allegato:

Progetto per il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale nell'assistenza ai detenuti ed agli internati della Casa circondariale di Spini di Gardolo

Premessa.

Il presente documento descrive le modalità di coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale nell'assistenza ai detenuti ed agli internati della Casa circondariale di Spini di Gardolo, in coerenza:

- a) con il modello organizzativo generale dell'assistenza sanitaria carceraria nell'ambito del Servizio sanitario provinciale, che verrà deliberato dalla Giunta provinciale nell'ambito dei propri poteri di programmazione ed organizzazione ex articolo 7 della legge provinciale 2010 sulla tutela della salute;
- b) con i contenuti dell'Accordo tra Governo, Regioni, Province autonome ed Autonomie locali sulle “*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali*” (Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015 - Rep. 3/C.U.).

Popolazione di riferimento.

La popolazione di riferimento è quella detenuta nella Casa circondariale di Spini di Gardolo, di numerosità variabile nel tempo ma, negli ultimi anni, costantemente superiore alle 300 presenze medie mensili.

Assistenza medica

L'assistenza medica sarà garantita H24 tutti i giorni.

All'erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda attraverso l'istituzione di un presidio sanitario a servizio medico multi professionale integrato, secondo il modello deliberato dalla Giunta provinciale.

L'equipe medica sarà formata dal medico responsabile di struttura semplice di Medicina carceraria, dagli altri medici specialisti dipendenti dall'Azienda sanitaria presenti nella struttura carceraria, dai medici di continuità assistenziale ed eventualmente dai medici ai quali sono stati conferiti incarichi di natura libero professionale per le esigenze assistenziali della struttura medesima.

Il medico responsabile di struttura semplice di Medicina carceraria è un dirigente medico dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, responsabile del presidio sanitario della Casa circondariale.

Svolge attività di coordinamento organizzativo e gestionale dell'intera equipe, di supervisione e verifica all'attività clinico assistenziale e di interfaccia con le Istituzioni penitenziarie, con specifico riferimento a:

- a) turnistica;
- b) rintracciabilità /reperibilità;
- c) sostituzioni;
- d) gestione approvvigionamento farmaci e presidi;
- e) utilizzo dei sistemi informativi;
- f) gestione orari visita ed attività, anche in coerenza con le indicazioni e l'organizzazione dell'amministrazione penitenziaria;
- g) passaggio delle consegne;
- h) interfaccia fra i componenti dell'equipe;
- i) appropriatezza delle richieste di invio presso presidi sanitari esterni e predisporre le richieste di autorizzazione all'uscita del detenuto secondo criteri condivisi di urgenza;
- j) necessità di trasferimento del detenuto presso istituti dotati di centro clinico-diagnostico;
- k) attuazione dei contenuti e delle finalità del progetto.

Compiti dei medici di continuità assistenziale aderenti al Progetto:

I medici di continuità assistenziale assicureranno i compiti previsti dall'art. 67 dell'ACN, garantendo l'aggiornamento della cartella clinica e la compilazione dell'ulteriore documentazione necessaria al fine di assicurare il passaggio di consegne e la continuità assistenziale, nonché le visite mediche dei nuovi giunti e la compilazione delle cartelle individuali dei detenuti accolti.⁶⁹

I medici svolgeranno inoltre le seguenti ulteriori attività:

- le visite mediche ai nuovi giunti e la compilazione delle cartelle individuali dei detenuti accolti;
- l'effettuazione di visite programmate ai detenuti che ne facciano richiesta in relazione al bisogno;
- monitora l'utente nuovo giunto a 3 giorni ed a 7 giorni dall'ingresso per verificare adattamento alla vita carceraria;
- visite previste dai protocolli aziendali di gestione interna dell'urgenza e/o invio presso struttura sanitaria esterna ove indicato, e monitoraggio clinico fino all'arrivo dei soccorsi avanzati;
- interventi di medicina di iniziativa concordati con il Medico Responsabile;
- la somministrazione dello screening infettivologico e l'adozione di tutte le misure di prevenzione del contagio di malattie potenzialmente trasmissibili;
- la somministrazione dello screening tossicologico in applicazione della procedura di richiesta esami tossicologici ove indicato;
- intervenire come previsto nel Piano della prevenzione del rischio autolesionistico e suicidario;
- compila i certificati per utilizzo di presidi da mantenere nelle celle (stampelle, carrozzine eccetera);
- visita quotidianamente i detenuti ubicati in isolamento disciplinare e gli scioperanti della fame;
- visita i detenuti per i quali vengono richiesti certificati sullo stato di salute finalizzati al trasferimento presso altri istituti;
- visita i detenuti per i quali viene richiesta la certificazione di buona salute per i trasferimenti presso le case di lavoro agricole;
- riferisce al Medico Responsabile di Struttura l'andamento clinico e l'indicazione ad ulteriori interventi diagnostici e/o terapeutici di cui avesse bisogno il detenuto;
- compila la cartella clinica informatizzata ed attiva il DSE;
- cura la prescrizione e l'aggiornamento di terapie secondo i protocolli e le procedure in uso;
- segnalare al dirigente medico Responsabile della necessità visite o esami specialistici in elezione o urgenti presso strutture sanitarie esterne.⁷⁰

⁶⁹Disposizione così modificata dall'Accordo del 28 ottobre 2021, in vigore dal 5 novembre 2021.

⁷⁰Disposizione così modificata dall'Accordo del 28 ottobre 2021, in vigore dal 5 novembre 2021.

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

Modalità e termini di recesso dagli incarichi (rif. articolo 32, comma 2)

1. 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, rinnovabili esclusivamente dopo il decorso di 30 giorni dalla data di scadenza del precedente incarico, salvo il caso che non vi siano altri medici disponibili, secondo il seguente ordine di priorità:

- 1) medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale 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 nel distretto 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, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i residenti nel distretto 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 che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i residenti nel distretto 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 che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale, ammessi in soprannumero senza borsa di studio, 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 nel distretto di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età alla data del conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea;

b) per non più di tre mesi l'anno, ai sensi dell'art. 70, comma 6, secondo il seguente ordine di priorità:

- 1) medici presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale con borsa di studio, 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 nel distretto di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età alla data del conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea;
- 2) medici non presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale con borsa di studio, 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 nel distretto di incarico o nel territorio provinciale, nell'ordine della minore età alla data del conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea;
- 3) medici presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando un corso di specializzazione, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i residenti nel distretto 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;
- 4) medici non presenti in graduatoria provinciale, che stiano frequentando un corso di specializzazione, graduati, a livello distrettuale, con priorità per i residenti nel distretto 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.

2. Al fine di assicurare la continuità del servizio, il medico che abbia accettato l'incarico e comunichi la volontà di non iniziare il rapporto non verrà successivamente interpellato fino alla data di scadenza naturale dell'incarico per il quale ha dato definitiva accettazione. La stessa disposizione si applica nel caso in cui il sanitario cessi anticipatamente dall'incarico conferito e già iniziato, senza aver dato rispettato il termine di preavviso di 30 giorni e senza che sussistano le condizioni previste all'art. 6 dell'Accordo provinciale dei medici di medicina generale dd. 17/04/2007.⁷¹

⁷¹ Allegato così sostituito dall'Accordo provinciale del 07.04.2016