

Allegato A.

**DOMANDA DI PRIMO INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE
REGIONALI DELLA MEDICINA GENERALE**

RACCOMANDATA

Bollo

All'Assessore alla Sanità
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
Azienda U.S.L. di residenza _____ ,

FA DOMANDA

di inserimento, secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502, e successive modificazioni, nella graduatoria regionale per la medicina generale, a valere per l'anno ____, relativa all'attività nel settore di:

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presente;
- d) Medicina dei servizi territoriali, ove presente.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) certificato di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di _____ rilasciato il _____ (Vedi nota)
- b) Attestato di formazione specifica in Medicina generale;
- c) Autocertificazione di titolo equipollente;
- d) n. ___ documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Data _____ firma per esteso _____

AVVERTENZE IMPORTANTI

L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di rilascio non antecedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda. La mancata presentazione di questo documento o la sua incompletezza comporta l'esclusione dalla graduatoria.

I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.

Ai fini della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<i>I Titoli accademici o di studio</i>		
Diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104 o da 90 a 94 (punti 0,30) - voto _____/110 (Punti 0.30) - voto _____/100 conseguito con voto 110/110 e lode o 100/100 e lode: p. 1,00 b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109 o da 95 a 99 (punti 0,50) - voto _____/110 (punti 0,50) - voto _____/110	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti 110/110 e lode (punti 1,00) - voto _____/110	= punti	
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. ____ X 2,00 = punti	
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. x 0,50 = punti	
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20) dal _____ al _____	= punti	
<i>II Titoli di servizio</i>	Punteggi Stessa Regione	Punteggi Altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,30. p. _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____
Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato (solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi): dal _____ al _____	Totale	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Mesi X 0,20. p. _____	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	p. _____
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	(*) Totale Mesi X 0,05. p. _____	
Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività). dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,05. p. _____	
Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione,	(*)	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
per ogni mese di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
_____ firma del medico	Totale punteggio complessivo _____	

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza
N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

**DOMANDA ANNUALE DI INTEGRAZIONE TITOLI PER LE GRADUATORIE
REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE**

RACCOMANDATA

Bollo

All'Assessorato alla Sanità
Regione

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M __ F __ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
Azienda U.S.L. di residenza _____ ,

CHIEDE,

secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502, l'aggiornamento del punteggio relativo ai propri titoli nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno ____, relativamente all'attività nel settore di:

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presenti;
- d) Medicina dei servizi territoriale, ove presenti

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

Autocertificazione di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di _____ .

n. ____ Documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso (solo se variata rispetto alla precedente domanda):

c/o _____ Comune _____
provincia _____ indirizzo _____ n. ____
CAP _____

Data _____ firma per esteso _____

AVVERTENZE IMPORTANTI

I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.

Ai fini della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<i>I Titoli accademici o di studio</i>		
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. X 2,00 = p.	
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. x 0,50 = p.	
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e alla Legge 277/2003 (punti 7,20) dal _____ al _____	= punti	
<i>II Titoli di servizio</i>	Punteggi Stessa Regione	Punteggi Altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,30. p. _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____
Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato (solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi): dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	

		PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____		Totale Mesi X 0,20.	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____		Totale Mesi X 0,20.	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____		Totale Mesi X 0,20.	
Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____		(*) Totale Mesi X 0,10.	
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____		(*) Totale Mesi X 0,05.	
Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____		(*) Totale Mesi X 0,20.	
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____		(*) Totale Mesi X 0,10.	
		p. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività). dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,10. p. _____	
Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,05. p. _____	
Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, per ogni mese di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20.	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
dal _____ al _____ dal _____ al _____	p. _____	
_____ firma del medico _____	Totale punteggio complessivo _____	

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza
N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.
2. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5 tale ambito non può comprendere una popolazione inferiore a 7.000 abitanti né può essere inferiore al territorio del comune anche se questo comprende più Aziende.
3. Si procede in questo modo.
4. Si stabilisce quale è la popolazione anagraficamente residente nell'ambito alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
5. Da tale dato si detrae la popolazione che al 31 Dicembre dell'anno precedente, pur anagraficamente residente nell'ambito territoriale, ha effettuato la scelta del medico in altro ambito e si aggiunge la popolazione non residente che ha effettuato la scelta nell'ambito.
6. Dal dato così ottenuto si detrae ulteriormente la popolazione in età pediatrica (0-14); ne risulterà un numero di abitanti che è quello utile al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.
7. A parte si prende l'elenco dei medici già operanti nella medicina generale nell'ambito in questione ivi compresi i medici ex-associati.
8. Ognuno di essi ha un proprio massimale, derivante anche dalla applicazione delle limitazioni o dalla autolimitazione.
9. Ad ogni medico viene attribuito un valore pari al rapporto ottimale vigente nella Regione ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale medesimo.
10. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale, sulla base di quanto disposto dal comma 9 e dal 15 dell'art. 33.
11. la zona è carente qualora il risultato del calcolo di cui al comma 10 sia superiore a 500.

**REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE
E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE
VOLONTARIA**

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 37, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle strutture e degli strumenti professionali di proprietà del medico sostituito, della indisponibilità delle condizioni di carriera del medico sostituito e della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi dovuti al sostituto, di cui al comma 2, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

4. Ai medici sostituiti spettano i compensi previsti dall'art. 59, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.

5. Il medico sostituto al momento dell'accettazione dell'incarico di sostituzione deve sottoscrivere una dichiarazione di:

- a) essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria ed in particolare dei contenuti degli artt. 27, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, e di assicurarne la puntuale applicazione;
- b) essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle sue cure;
- c) conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
- d) avere preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di assistenza primaria sono quelle elencate in calce al presente allegato D, nel nomenclatore-tariffario.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale convenzionato del medico di famiglia a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e numero di codice regionale dell'assistito.
5. Nel caso di prestazioni multiple o singole soggette ad autorizzazione dal Servizio, il medico deve inoltrare, insieme alla distinta riepilogativa delle prestazioni aggiuntive, la autorizzazione ed il modulo riepilogativo di prestazioni multiple autorizzate di cui all'Allegato S del presente Accordo, debitamente controfirmato dall'assistito, o da chi per lui, a conferma dell'avvenuta effettuazione delle prestazioni.
6. Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.
7. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento dai soggetti di cui all'art. 25, comma 4.
8. Per le prestazioni rese, al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lett. "C". Fermo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4.
9. I medici della Continuità Assistenziale possono eseguire, nell'esercizio della propria attività convenzionale, le prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A del nomenclatore tariffario di cui al presente Allegato.

NOMECLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

A – Prestazioni eseguibili senza autorizzazione:

Prestazioni	1.1.2001
1. Prima medicazione (*)	12,32
2. Sutura di ferita superficiale	3,32
3. Successive medicazioni	6,16
4. Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,32
5. Cateterismo uretrale nell'uomo	9,66
6. Cateterismo uretrale nella donna	3,59

7. Tamponamento nasale anteriore	5,62
8. Fleboclisi (unica eseguibile in caso di urgenza)	12,32
9. Lavanda gastrica	12,32
10. Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	6,16
11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)	9,21
12. Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)	0,64

B) Prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria:

Prestazioni	1.1.2001
1. Ciclo di fleboclisi	9,21
2. Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	6,16
3. Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***)	1,23
4. Vaccinazioni non obbligatorie (****)	6,16

C) Tipologie di prestazioni di norma eseguibili nell'ambito degli accordi regionali e aziendali.

1. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico o della associazione di medici, di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato, correlato alle attività previste dall'art. 25.

2. A titolo esemplificativo si individuano alcune prestazioni correlate alle attività di cui all'art. 14, comma 4:

Anziani:

- test psicoattitudinali
- test per valutazione di abilità e di socializzazione
- test verbali e non, per valutazione cognitiva.

Prevenzione, diagnosi precoce, terapia e follow up, di:

- patologie infettive: iniezione di gammaglobulina antitetanica, vaccinazioni individuali e partecipazione a campagne di vaccinoprofilassi
- patologie sociali croniche (diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, dislipidemie): ECG, esame del fondo oculare, diagnostica di laboratorio (glicemia, glicosuria delle 24 ore, dosaggio dei lipidi plasmatici ecc.)
- neoplasie: prelievo vaginale per esame oncocitologico, colposcopia con eventuale prelievo per citologia, ricerca del sangue occulto nelle feci, paracentesi, cateterismo vescicale, lavande vescicali, iniezione I.V. singola o a cicli (ad es. di antitumorali), fleboclisi singole o a cicli o quant'altro sia necessario a scopo preventivo o terapeutico
- patologia reumatica e osteoarticolare: artrocentesi, iniezioni endoarticolari, ionoforesi
- patologia respiratoria (asma, bronchite cronica, allergie): spirometria, iniezioni sottocutanee desensibilizzanti, cicli di aereosol (***)
- patologia genito-urinaria e disturbi della minzione: cateterismo, massaggio prostatico, uroflussimetria, prelievo vaginale per studio ormonale
- pazienti sottoposti a manovre chirurgiche o comunque che necessitano di interventi di piccola chirurgia ambulatoriale: incisione di ascessi, riduzione di lussazione.

(*) Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(***) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(***) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'Azienda, lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. I compensi relativi alle vaccinazioni non obbligatorie non rientrano nel calcolo di cui al comma 6 del presente allegato. La vaccinazione antinfluenzale è compensata con la tariffa di cui al presente allegato anche nel caso previsto dall'art. 45, comma 4 lettera c).

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

Caro collega,

invio in ospedale .l. paziente signor

1) Motivo del ricovero

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto

.....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria

.....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata una esauriente relazione clinica.

....., Li

Dott. _____

Recapito telefonico: _____

Mod. OPIM1
INPS
CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITÀ DI MALATTIA
(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del lavoratore all'INPS competente per residenza del lavoratore stesso, entro due giorni dal rilascio.

PER L'INPS SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N. _____

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL GIORNO MESE ANNO
DICHARA DI ESSERE AMMALATO DAL GIORNO MESE ANNO
TURNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO GIORNO MESE ANNO
INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA
COD. NOSOLOGICO

TIEMPO E FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO ALL'INPS

CONTROLLO AMBULATORIALE CONTROLLO DOMICILIARE
RESPONSABILITÀ TERZO INFORTUNIO MAL. PROF. T.B.C. ANOMALIA
DATA
IL MEDICO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA RIPORTATI SUL RETRO)

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, RIVIERA, SIA) _____ N. _____ / _____

C.A.P. _____ COMUNE _____ PROV. _____

SESSO M F

QUADRO A

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE) CODICE FISCALE _____

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) _____ NOME _____

DATA NASCITA GIORNO MESE ANNO _____

COMUNE NASCITA O STATO ESTERO _____ PROV. _____

Segue sul retro

(0218608) ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA - c. 20.000.000 - luglio 2000

Mod. OPIM2
INPS
ATTESTATO DI MALATTIA
(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio.

PER IL DATORE DI LAVORO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N. _____

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL GIORNO MESE ANNO
DICHARA DI ESSERE AMMALATO DAL GIORNO MESE ANNO
TURNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO GIORNO MESE ANNO
INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA

FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO _____

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, RIVIERA, SIA) _____ N. _____ / _____

C.A.P. _____ COMUNE _____ PROV. _____

SESSO M F

QUADRO A

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE) CODICE FISCALE _____

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) _____ NOME _____

DATA NASCITA GIORNO MESE ANNO _____

COMUNE NASCITA O STATO ESTERO _____ PROV. _____

(0218608) ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA - c. 20.000.000 - luglio 2000

**ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI**

Art. 1 - Prestazioni domiciliari

1. L'assistenza domiciliare programmata di cui all'art. 53, comma 1, lettera b), è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
- controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
- indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
- indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
- indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
- collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
- predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- attivazione degli interventi riabilitativi;
- tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

Art. 2 - Attivazione del servizio domiciliare

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:

- a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
- b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
- c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
 - insufficienza cardiaca in stadio avanzato;
 - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
 - arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
 - gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
 - cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
 - paraplegici e tetraplegici.

Art. 3 - Procedure per l'attivazione dell'assistenza

1. La segnalazione del caso abbinabile di assistenza domiciliare può essere effettuata alla Azienda dal medico di assistenza primaria, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.

2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico di assistenza primaria con precisazione del numero degli accessi, e inviata o presentata al distretto.

3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.

4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico di famiglia emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.

5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.

6. In caso di discordanza sul programma da parte del medico dell'Azienda, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico di libera scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'approvazione entro 7 giorni.

7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

8. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Art. 4 - Rapporti con il distretto

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:

- A) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);
- B) la periodicità settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico di medicina generale al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;
- C) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica, che necessitino al soggetto.

Art. 5 - Compenso economico

1. Al medico di medicina generale oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a €. 18,90 per accesso dallo 01.01.2000.

2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.

3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

Art. 6 - Modalità di pagamento

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.
3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 - Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare.
3. Sulla base di apposito Accordo Regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

Art. 8 - Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

Art. 9 - Intese decentrate.

1. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Art. 1 - Prestazioni

1. L'assistenza domiciliare integrata di cui all'art. 53, comma 1, lettera a), è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

- a) di medicina generale;
- b) di medicina specialistica;
- c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
- d) di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
- e) di assistenza sociale.

2. L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la integrazione professionale tra i diversi professionisti di cui alla presente convenzione e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente.

3. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

Art. 2 - Destinatari

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Art. 3 - Procedure per l'attivazione

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di assistenza primaria, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:

- a) medico di assistenza primaria;
- b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
- c) servizi sociali;
- d) familiari del paziente.

2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico di medicina generale per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

3. Ove il medico del distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico di famiglia, deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico di assistenza primaria e ai familiari dell'assistito interessato.

4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di assistenza primaria concordano:

- a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
- b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
- c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;
- d) la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
- e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

5. Il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano di interventi:

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Art. 4 - Sospensione

1. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico di assistenza primaria che dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

Art. 5 - Trattamento economico

1. Al medico di medicina generale, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'art. 59 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di €. 18,90 dallo 01.01.2000.

2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.

3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata mediante l'accordo regionale di cui all'art. 53, comma 1, lettera c).

Art. 6 - Modalità di pagamento

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.

3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.

4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 - Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza domiciliare integrata.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata.

Art. 8 - Riunioni periodiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove riunioni periodiche con i responsabili dell'attività sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato Aziendale al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.

2. Alla riunione possono essere invitati i medici convenzionati di medicina generale in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.

3. Il medico di medicina generale tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

Art. 9 - Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

Art. 10 - Controversie

1. Eventuali controversie in materia di Assistenza Domiciliare Integrata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

2. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Art. 11 - Intese decentrate.

1. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI
PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e succ. modd. integr. e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale valida per il periodo:

2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;

3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;

4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione_____;

5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

6. Titolare del trattamento dei dati è

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato
a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n° _____
iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di
_____ ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara
formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo
definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o
privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del
relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____
scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del
relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1)
come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.
502/92:

Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale
o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1),
nella Regione _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto
Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e
corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

ALLEGATO M

REGIONE _____	PROVINCIA _____	AZIENDA _____	SEDE _____
MEDICO _____		DATA _____	ORA D'INTERVENTO _____
TIPO INTERVENTO Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Intervento in esterno <input type="checkbox"/>			
LOCALITA': _____			

RELAZIONE MEDICA

MOTIVI E CIRCOSTANZE

CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO

P.A. _____	F.C. _____	F.R. _____	T.C. _____	HGT _____
Cute: Normale <input type="checkbox"/>	Pallida <input type="checkbox"/>	Ifterica <input type="checkbox"/>	Cianotica <input type="checkbox"/>	Altro _____
Stato nutrizione ed idratazione _____		Diuresi _____		Alvo _____

SISTEMA NERVOSO	
Indenne	<input type="checkbox"/>
Coscienza obnubilata	<input type="checkbox"/>
Perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>
Stato di agitazione	<input type="checkbox"/>
Convulsioni	<input type="checkbox"/>
Romberg	<input type="checkbox"/>
Rigor nuchalis	<input type="checkbox"/>
Deficit motorio	<input type="checkbox"/>
Deficit sensitivo	<input type="checkbox"/>
Deviazione dello sguardo	<input type="checkbox"/>

PUPILLE	Dx	Sx
Normali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midriasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. fotomotori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nistagmo		<input type="checkbox"/>
APP. RESPIRATORIO		
Indenne	<input type="checkbox"/>	
Rumori	<input type="checkbox"/>	
Rumori secchi	<input type="checkbox"/>	
Enfisema sottocutaneo	<input type="checkbox"/>	

APP. CARDIOCIRCOLATORIO		
Normale		<input type="checkbox"/>
Aritmia		<input type="checkbox"/>
Cianosi		<input type="checkbox"/>
Edemi		<input type="checkbox"/>
ADDOME		
Murphy		<input type="checkbox"/>
Blumberg		<input type="checkbox"/>
Rovsing		<input type="checkbox"/>
Giordano	Dx	Sx
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascite		<input type="checkbox"/>

ALTRO _____

TERAPIA _____

ESITO INTERVENTO

Paziente: Rinvitato/Mantenuto al domicilio <input type="checkbox"/>	Disposto ricovero <input type="checkbox"/>	Trasporto: Mezzo proprio <input type="checkbox"/>	118 <input type="checkbox"/>
L'INTERVENTO NON PRESENTAVA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE <input type="checkbox"/>			

GENERALITA' ASSISTITO

SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ETA' _____	CODICE FISCALE _____
COGNOME E NOME _____		
RESIDENZA: Via _____	Città _____	Provincia _____

FIRMA DELL' UTENTE

FIRMA DEL MEDICO

**MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
SINGOLE O MULTIPLE SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE**

REGIONE _____ Azienda n. _____ Dott. _____

Prestazioni autorizzate dalla Azienda ed eseguite in favore dell'assistito:

Sig. _____

via _____ città _____ Cod. Reg. _____

Tipo di prestazione effettuata: _____

n. progr.	Data di esecuzione	Firma dell'assistito
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Data _____

**REGOLAMENTO ELETTORALE
ELEZIONE DEI COMPONENTI ELETTIVI DELLA MEDICINA GENERALE
DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI**

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di elezione dei componenti di parte elettiva per la medicina generale dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
2. La elezione dei componenti di cui al precedente comma si svolgerà in tutte le Aziende della regione ed in tutti i Distretti entro e non oltre sei mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo.
3. L'Assessore Regionale alla Sanità, sentiti i Direttori Generali delle Aziende, indica la data di svolgimento delle elezioni di cui al presente articolo.
4. A tal fine il Direttore Generale istituisce un seggio in ciascun distretto ed invia ai presidenti dei seggi l'elenco di tutti gli aventi diritto al voto in ciascun seggio. Ogni medico vota nel seggio del Distretto di appartenenza.
5. Le Aziende provvedono a comunicare agli aventi diritto al voto, con modalità stabilite dal Comitato di cui all'art. 23, la data, l'orario e la sede delle elezioni, nonché le modalità di voto.
6. Hanno diritto al voto tutti i medici incaricati a tempo indeterminato per la medicina generale alla data di effettuazione delle elezioni. Il diritto al voto può essere rivendicato, ove il medico non sia inserito nell'elenco fornito al seggio elettorale, al momento del voto esibendo idonea certificazione di titolarità di incarico.
7. Il seggio elettorale è composto da un funzionario della Azienda, nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e da due scrutatori indicati dal Comitato di cui all'art. 23.
8. L'elettore dovrà presentarsi al seggio munito di valido documento di riconoscimento o essere conosciuto dal presidente. Ogni elettore vota esprimendo un numero di preferenze che può anche essere pari al numero dei membri eleggibili.
9. I presidenti di seggio cureranno lo svolgimento delle operazioni di voto, lo scrutinio delle schede (che avverrà immediatamente dopo le operazioni di voto) e la trasmissione delle schede scrutinate alla Azienda che ha il dovere di conservarle per almeno 30 giorni dagli scrutini. Trascorso tale termine, le schede devono essere distrutte.
10. Le Aziende trasmettono al Comitato regionale di cui all'art. 24 i dati elettorali.
11. Per ciascun organismo, saranno eletti i medici che avranno riportato complessivamente il maggior numero di preferenze
12. Il Direttore Generale della Azienda proclama gli eletti agli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali.
13. I compensi per i componenti il seggio elettorale sono definiti con provvedimento della Regione e sono a carico delle Aziende di riferimento.
14. La tornata elettorale si svolge in tutti i distretti nella stessa data e, di norma, in una giornata di sabato, secondo orari determinati dal Comitato di cui all'art. 24.
15. I componenti eletti ai sensi del presente regolamento decadono per:
 - a) assenze complessive superiori al 50% delle riunioni effettuate nel corso dell'anno;
 - b) dimissioni dall'incarico;
 - c) cessazione del o degli incarichi convenzionali detenuti nella medicina generale.

16. Il componente decaduto per effetto del disposto di cui al comma precedente è sostituito dal primo dei non eletti.

**SCHEMA DI LINEE GUIDA
PER I CORSI DI IDONEITÀ ALL'EMERGENZA SANITARIA**

PROGRAMMA

Poiché per le due situazioni cliniche di emergenza estrema, rappresentate dall'arresto cardiocircolatorio e dal grave politraumatismo, è di primaria importanza garantire un intervento qualificato da parte del personale addetto al soccorso, nel programma del corso per i medici dell'Emergenza saranno inserite le Linee Guida riguardo alla sequenza delle procedure di BLS (Basic Life Support=Sostegno delle Funzioni Vitali) e di ACLS (Avanced Cardiac Life Support) nei casi di arresto cardiocircolatorio secondo l'American Heart Association e l'European Resuscitation Council e le Linee Guida dell'ATLS (Advanced Trauma Life Support) nei casi di pazienti traumatizzati dell'American College of Surgeons, organismi scientifici, internazionali ed autorevoli, che periodicamente provvedono ad una revisione critica e ad un aggiornamento dei protocolli in base all'evoluzione delle conoscenze.

Il corso deve comunque perseguire il raggiungimento, da parte dei discenti, dei seguenti obiettivi:

1. Saper assistere un paziente:
 - al domicilio;
 - all'esterno;
 - su di un mezzo di soccorso mobile;
 - in ambulatorio.
2. Saper diagnosticare e trattare un paziente:
 - in arresto cardio circolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS)
 - con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia)
 - politraumatizzato o con traumatismi maggiori (drenaggio toracico, manovre di decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.)
 - grande ustionato (da fattori chimici o da calore)
 - in stato di shock
 - in coma o altre patologie neurologiche
 - con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato)
 - con aritmia cardiaca
 - con E.P.A.
 - con emorragie interne ed esterne (emoftoe, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)
 - in caso di folgorazione o annegamento
 - in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta
 - in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)
 - in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)
 - in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)
3. Conoscere le tecniche di estrazione e di immobilizzazione di un paziente traumatizzato;
4. Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento della traumatologia "minore" (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);
5. Conoscere le implicazioni medico legali nell'attività dell'emergenza (responsabilità nei diversi momenti operativi);
6. Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)
7. Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);

8. Essere a conoscenza dell'organizzazione dei servizi comunque coinvolti nell'emergenza territoriale.
9. Essere formato al Corso dispatch emergency medical.

Per quanto riguarda la parte pratica questa dovrà essere svolta presso ospedali che siano forniti di almeno:

1. Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d'Urgenza
2. Rianimazione
3. Cardiologia e Terapia intensiva
4. Ortopedia
5. Centrale Operativa funzionante e disponibilità di mezzi di soccorso

Inoltre dovranno naturalmente essere individuati i materiali e gli strumenti da usare come supporti didattici (manichini per massaggio cardiaco esterno, intubazione oro-tracheale, incannulamento di vene centrali, seminari per la discussione di "casi" tratti dalla realtà o simulati, esercitazioni in collaborazione con i vigili del fuoco, ecc.).

La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" viene effettuata mediante prova scritta e orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale di ciascuna Azienda USL con formale provvedimento.

Ai candidati che avranno superato favorevolmente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di idoneità all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
a far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo
Nazionale per la Medicina generale, laureato dal _____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b.)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE
(PER GRADUATORIA)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza
_____ e residente nel territorio della Regione _____ dal

_____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal _____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal _____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso l'Azienda _____ della Regione _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso la
Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____, per l'ambito
territoriale di _____ della Regione _____, dal
_____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale
per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza
primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____
del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità
complessiva di incarico in assistenza primaria:
allegati n. ___ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda
n. _____ di _____ della Regione _____, dal _____ e
con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale
per la medicina generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità
assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____
del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 49,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità
complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:
allegati n. ___ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Azienda USL _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria
territoriale presso la Azienda n. _____ di _____ della Regione
_____, dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria
territoriale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 63, comma 4, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza sanitaria territoriale:
allegati n. ___ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Azienda USL _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la medicina dei servizi presso
la Azienda n. _____ di _____, della Regione _____, dal
_____ e con anzianità complessiva di medicina dei servizi pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 79 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medicina dei servizi pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 79 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di servizio in medicina dei servizi:
allegati n. ___ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

