

PREMESSA

Ho raccolto, ben volentieri, l'invito di Angelo Testa, Presidente nazionale SNAMI, a coordinare una Commissione per avanzare una proposta SNAMI, che, nei binari di quanto proposto dall'AGENAS al Governo, in materia di riforma dell'assistenza Territoriale nel complessivo Piano Nazionale di Resilienza e Ripartenza (PNRR), mantenesse saldi i "valori" SNAMI. La riforma del territorio, infatti , entra nel capitolo " Mission 6" del PNRR dedicato alla Sanità , con precise indicazioni di massima sulla nuova strutturazione territoriale , nell'ottica di attirare i finanziamenti previsti. Noi, tralasciando la parte economica, sulla quale ci sarebbero tante critiche da portare, ci siamo concentrati sulla proposta , in modo da cercare di tracciare una strada che porti ad un giusto inquadramento della medicina generale nell'ambito di quanto prospettato dalla proposta di riforma. Abbiamo mantenuto, e rafforzato , fin dove era possibile, la centralità del MMG che può e deve essere il punto di riferimento del territorio. Questo nonostante i tentativi, scritti addirittura nell'ultima legge di bilancio "finanziaria (2020)", di sottrarre spazi alla MG con l'introduzione della possibilità di "accreditare" soggetti terzi nella gestione della cronicità. Noi abbiamo rilanciato definendo il MMG quale centro del sistema territoriale, pur mantenendo il rapporto di fiducia medico/paziente, che resta alla base del successo che la MG ha riscosso e riscuote nel nostro Paese. I componenti della Commissione sono : Franco Della Role, Giancarmelo Lamanna;

Salvatore Cauchi, Simona Autunnali, Matteo Picerna, Elisabetta Simoncini , Federico Di Renzo e Nicola Di Lillo. A ciascuno di essi va il mio ringraziamento per l'impegno e la passione con la quale hanno contribuito, ciascuno con la propria esperienza, alla elaborazione della proposta che, speriamo, diventi quella ufficiale del Sindacato. Sono rimasto favorevolmente colpito dalla passione e dalla competenza dei "giovani" Matteo Picerna, Federico Di Renzo e Simona Autunnali che lascia ben sperare per il futuro del sindacato. Hanno, infatti contribuito in maniera sostanziale e devo dire che noi "vecchietti" abbiamo saputo ascoltare ed imparare (si, imparare!) per conoscere le reali aspettative dei colleghi. Resta comunque alta, devo dire, la voglia di difendere i principi e i valori dello SNAMI e questo è un bene. Permettetemi di ringraziare, per finire, Angelo. Un amico ed un Presidente che al momento opportuno sa dare fiducia e sa ascoltare la sua base.

**Pasquale Orlando - Responsabile nazionale SNAMI ,
Assistenza Primaria.**

lì 18.08.2021

UNITÀ DI MEDICINA GENERALE E DI COMUNITÀ

1. CASE DELLA COMUNITA' E STUDI MEDICI ASSOCIATI

1.1 Organizzazione

1.2 Referente MGI

1.3 Sedi e locali

1.4 Dotazione di personale

1.5 Fornitura di materiali e dotazioni

2. OSPEDALE DI COMUNITÀ'

3. CONTINUITA' ASSISTENZIALE

[3.1 Ferie e maternità \(integrazione parte di Giancarmelo Manna\)](#)

[4 USCA](#)

[5. PREVIDENZA ED ASSISTENZA](#)

L'Assistenza Medica Primaria ai cittadini è assicurata dal S.S.N. tramite i Medici di Medicina Generale Convenzionati. Il Medico di Medicina Generale è il Professionista che ha acquisito il titolo per l'esercizio delle Medicina Generale secondo le disposizioni UE e le leggi Italiane in materia. Per il futuro auspichiamo fortemente che il suddetto titolo, sia , a tutti gli effetti, riconosciuto come Specialità, per riaffermare la pari dignità di una attività medica che ,di fatto, ha una sua specifica peculiarità che si pone sullo stesso livello delle altre specialità.

1.Case della Comunità e Studi Medici Associati

Nell'ambito delle Case di Comunità il MMG assume un ruolo Unico coordinando i bisogni assistenziali dei propri assistiti e facendosi carico della centralità di tutto il sistema. Ad esso devono fare riferimento tutti i percorsi assistenziali (PDTA), la cronicità e i programmi terapeutici dei pazienti. Nel ruolo di rapporto orario si occupa delle urgenze non differibili interagendo con i Medici di AP laddove possibile, anche avvalendosi delle opportune tecnologie. Assicura, sempre nel ruolo a rapporto orario, la disponibilità agli accessi domiciliari previsti nella ADI o nelle ADP secondo precisi percorsi concordati partecipando al raggiungimento degli obiettivi previsti. Il Medico di AP si rapporta con gli specialisti integrati nelle C. d. C. guidando tutto l'iter diagnostico terapeutico e si avvale, a tal fine, degli strumenti messi a disposizione dalle C. d. C.

Coordina, assieme ai Medici di CA, la degenza dei propri assistiti ricoverati negli Ospedali di Comunità interfacciandosi con lo staff infermieristico che gestisce l'ospedale di comunità.

Il MAP e il MCA partecipano, secondo quanto stabilito negli AIR e AIA, ai progetti aziendali e regionali e alle campagne di prevenzione Vaccinale e di patologie ad alto impatto.

Il Medico di AP e di CA è titolare di rapporto convenzionato parasubordinato con il SSN.

Il rapporto prevede un trattamento retributivo a quota capitaria, a quota oraria e a quota variabile legata a mansioni e compiti stabiliti negli AIR e AIA.

Ai Medici convenzionati, ai sensi del vigente ACN, è eliminata qualsiasi forma di incompatibilità con attività non in contrasto con il Servizio Sanitario Nazionale.

1.1 Organizzazione

Il cittadino sceglie, nell'ambito della UMGC, il proprio Medico di fiducia così come affermato dall'art. 48 della 833/78 e ribadito sia dai decreti legislativi n. 502/92 , 527/95 e 229/99, che dalla "Legge Balduzzi" fino alla saturazione del massimale di scelta definito dall'ACN.

Il MMG si attiene a quanto stabilito dall'ACN per la propria attività lavorativa.

I Medici di Medicina Generale convenzionati si organizzano nelle Unità di Medicina Generale e di Comunità (UMGC).

È costituita una UMGC almeno ogni 10.000 assistiti residenti, nell'ambito territoriale di riferimento, di età ≥ 14 anni con rapporto ottimale di 1/1300.

Ogni UMGC ha in organico 8 MMG e si colloca all'interno delle case di comunità e qualora vi sia necessità o in base alle caratteristiche di dispersione geografica in studi singoli in associazione.

L'UMGC opera dalle 8 alle 20 dal lunedì al venerdì, con copertura notturna (20 - 8) e dei festivi da parte dei medici di Continuità Assistenziale.

L'UMGC è un'unità funzionale di Medici che co-operano e lavorano in gruppo. I MMG del gruppo possono scegliere, in base alle proprie disponibilità, tenuto conto della popolazione assistita e delle caratteristiche oro-geografiche del territorio dove operano:

- di lavorare presso la Casa della Comunità
- di avere un proprio Studio
- oppure in forma mista (alcuni nello studio associato, altri nello studio singolo)
- oppure in parte dell'orario stabilito nello studio singolo e in parte nella Casa della Comunità

Ciascuna UMGC condivide un servizio segretariale telematico (telefonia ed eventuali applicativi informatici) come unico punto di accesso del Cittadino al servizio. Il servizio segretariale sarà ubicato all'interno della Casa di Comunità ma servirà l'intera popolazione afferente all'UMGC offrendo i seguenti servizi:

- prenotazione di appuntamenti per visite ambulatoriali dedicate presso Casa di Comunità e presso gli studi dei singoli medici
- prenotazione orari dedicati per televisite e teleconsulti
- prenotazione esami in office e di diagnostica I livello
- prenotazione servizi infermieristici
- avanzamento di richieste di ricetta per medicinali uso cronico o di visite ambulatoriali di controllo
- avanzamento richieste servizi certificativi

Ogni UMGC utilizza un sistema informatico per la gestione della cartella sanitaria come è previsto dalla normativa nazionale vigente.

In base all'esigenza del caso viene proposta al cittadino una visita tramite appuntamento evasa in giornata per le problematiche di salute non differibili o in modalità differita. Il cittadino conserva la possibilità di essere seguito dal MMG di fiducia facente parte dell'UMGC, qualora necessiti di visita non differibile potrà essere visitato da un medico in turno nella Casa di Comunità (MAP, MCA, MET).

L'accesso del cittadino al proprio medico avviene per appuntamento, tenendo conto delle problematiche non differibili stabilite dal Medico di AP che ha in carico il cittadino.

L'UMGC eroga gratuitamente solo le certificazioni obbligatorie presenti in ACN. Gli ulteriori atti certificativi richiesti vengono garantiti ai pazienti in regime libero professionale, secondo un tariffario liberamente stabilito dal singolo professionista ed esposto al pubblico nella UMGC.

Le competenze dei medici all'interno della Casa di Comunità sono rivolte all'intera popolazione afferente all'UMGC e sono le seguenti:

- valutazioni e prestazioni non differibili che riguardano gli stati di salute che necessitano di essere presi in carico in giornata, comprese le domiciliari non differibili per i non trasportabili. Per valutazioni non differibili si intendono le prestazioni correlate a patologie acute, e non a carattere emergenziale, la cui diagnosi e terapia sia non dilazionabile secondo la valutazione del MMG.
- visite programmate domiciliari
- visite programmate ambulatoriali
- attività di "back office"

Il cittadino reso consapevole del proprio processo assistenziale, diviene partecipe del programma terapeutico intrapreso e i percorsi di cura vanno tradotti nel contesto culturale e sociale in cui vive. Il primo livello di responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale nei confronti del cittadino è rappresentato dal proprio Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta e dai Medici di Continuità Assistenziale ed di Emergenza Territoriale.

E' necessario un sistema organizzativo integrato delle cure territoriali nel quale il singolo professionista (MAP/MCA e MET) coordina gli accessi degli altri operatori della Casa della Comunità (infermieri, specialisti integrati , personale amministrativo etc.) e instrada, attraverso percorsi prestabiliti, la continuità assistenziale con le strutture distrettuali e dipartimentali.

In quest'ottica diviene indispensabile una stretta integrazione con i servizi distrettuali per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, SERT, Dipartimenti di Salute Mentale, Consultori, Centri di Neuropsichiatria Infantile, che intervengono quando si esauriscono le capacità di risposta del sistema delle cure primarie, dunque, Servizi specialistici e qualora si renda necessario, Ospedale.

La Medicina Generale partecipa alla sostenibilità economica del SSR attraverso l'appropriatezza clinica e prescrittiva nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti, utilizzando criteri di efficienza. L'UMGC partecipa al rispetto degli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie con specifico provvedimento della Giunta Regionale per quanto di competenza del MAP. Sono previsti e possibili ulteriori incentivi riguardanti obiettivi specifici, normati da specifici AIR e/o AIA.

1.2 Referente UMGC

Viene individuato, dai Medici costituenti la UMGC, un Medico facente parte la UMGC, che curerà le relazioni con il Coordinatore di AFT e coordina le attività della UMGC.

Il Referente:

- ha un incarico biennale eventualmente rinnovabile, privilegiando il criterio di rotazione tra i componenti della UMGC;
- si relaziona con il Coordinatore della AFT
- coordina le attività di audit e cura gli aspetti organizzativi essenziali della UMGC
- può partecipare, su invito, alle sedute del Comitato aziendale che riguardano le decisioni della specifica UMGC di appartenenza (costituzione, revoca, valutazione degli obiettivi, inadempienze)

1.3 Sedi e locali

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La C.d.C. promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Le aggregazioni della Medicina Generale (AFT, UCCP, MGI), sono organizzate con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture *spoke* o eventualmente studi in singolo per quei territori disagiati e a minore densità abitativa.

L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento.

La Sede di riferimento per la UMGC viene messa a disposizione dall'Azienda Sanitaria locale ed è dotata di spazi adeguati alla popolazione da servire e al modello di offerta, tendenzialmente su prenotazione e programmazione degli accessi. La copertura dei costi di gestione della struttura e del personale amministrativo ed infermieristico è a carico aziendale, compreso lo smaltimento dei rifiuti speciali.

Le AFT e le UCCP costituiscono il primo anello della rete di assistenza territoriale e sono parte integrante delle Casa di Comunità, sia quando operano in esse, sia nella loro individualità, nei territori a minore densità abitativa. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza e la presa in carico della comunità di riferimento coordinandosi con il servizio di continuità assistenziale.

Standard Strutturali:

- 4/5 studi medici
- 1 locale con spazio polivalente
- 1 locale per prestazioni infermieristiche
- servizi igienici dedicati all'utenza e al personale
- Sala d'aspetto congrua al bacino di popolazione assistita dalla UMGC
- Locale reception-segreteria
- Locale archivio - apparecchiature informatiche/server/fotocopiatore

I MMG che svolgono la loro attività ambulatoriale, per intero o divisa con sedi periferiche, non devono alcun canone di locazione alla C.d.C.; restando a loro carico gli eventuali canoni di locazione e le spese inerenti le sedi periferiche a meno che queste ultime non siano messe a disposizioni in maniera diretta

o indiretta dall'Azienda Sanitaria, secondo quanto stabilito dagli accordi regionali e aziendali.

Personale e organizzazione della Casa di Comunità:

- Équipe multiprofessionali (MAP, PLS, MCA, MET, Specialisti Ambulatoriali Esterni (SAE), Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie e amministrative);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale e USCA;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale gestito dall'Azienda
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza
- Servizio di assistenza domiciliare di base in coordinamento funzionale con i servizi dipartimentali e distrettuali di assistenza domiciliare
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.

1.4 Dotazione di personale

La presenza di personale (collaboratori/infermieri) nello studio del MMG presente nella UMGC è prevista ed economicamente a carico dell'Azienda.

Lo standard del personale infermieristico e dei collaboratori di studio dovrà essere commisurato al:

- n° di MMG componenti la UMGC

- n° assistiti della UMGC
- n° assistiti “fragili”
- n° PDTA attivati;

In generale, come standard di riferimento si prevede:

- personale infermieristico: 1/3.600 assistiti
- collaboratori di studio: 1/2.400 assistiti

L'attività ambulatoriale della sede dislocata prevede il contributo Regionale per la presenza di un collaboratore di studio/personale infermieristico aggiuntivo. L'entità del contributo varia secondo le norme ACN.

All'interno della Casa di Comunità opera un servizio segreteria disponibile h24 e l'infermiere di comunità.

1.5 Fornitura di materiali e dotazioni

In considerazione delle attività svolte dalla UMGC, l'Azienda Sanitaria è tenuta a fornire adeguate strumentazioni per rispondere a quanto richiesto dai PDTA e alla normale attività lavorativa dei MAP. La casa di Comunità è già dotata di arredi e impianti tecnologici adeguati allo svolgimento delle varie attività professionali. L'impianto di software e tecnologie di comunicazione nonchè la gestione e l'aggiornamento delle stesse per garantire i collegamenti in rete delle strutture territoriali e dei singoli studi di medici sul territorio è a carico delle ASL.

2. OSPEDALE DI COMUNITÀ'

Gli Ospedali di Comunità (OdC) è definito come "la struttura in cui vengono seguiti i pazienti provenienti dal territorio, che non necessitano del ricovero ospedaliero ordinario per acuti ma che nel contempo non possono vedere risolti i loro problemi di salute in ambito domiciliare, o presso una RSA. Tale attività è gestita e organizzata da Medici di AP e garantisce i programmi assistenziali individuali per ogni assistito. Gli O di C possono accogliere dimissioni protette nell'ambito di definiti protocolli aziendali che stabiliscono il tetto massimo di posti disponibili per tale modalità di dimissioni ospedaliere

L'O.d.C. è una struttura di ricovero breve e di agile accesso che afferisce all'assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Sono ricoverati in queste strutture coloro i quali in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

La gestione e l'attività nell'O.d.C. sono basate su un approccio multi-disciplinare, multi-professionale ed inter-professionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze riconducibili all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie.

Le modalità di accesso devono essere semplici e tempestive e possono prevedere l'uso di scale di valutazione standardizzate sia per accertare il livello di criticità/instabilità clinica sia per il livello di complessità assistenziale/autonomia del

paziente, soprattutto in caso di dimissione da reparto ospedaliero.

L'utilizzo di scale di valutazione, opportunamente ripetuto durante la degenza e alla dimissione del paziente, consentirà di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate, per tale attività è previsto uno specifico incentivo.

4. USCA

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA), prevista dalla normativa di gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19 dovrebbe essere riconfigurata secondo il Recovery plan in un'unità mobile distrettuale composta da 1 medico ogni 50.000 abitanti ed 1 infermiere che operano in modo itinerante sul territorio attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina. Al fine di svolgere la propria attività l'USCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'USCA collabora al monitoraggio di casi complessi con il Medico di AP a cui spetta la gestione del programma terapeutico del proprio assistito. Può essere eventualmente integrata con altre figure professionali, sanitarie e socio-sanitarie, a seconda delle necessità e dei bisogni assistenziali della comunità di riferimento.

L'USCA viene attivata attraverso la Centrale Operativa Territoriale su richiesta diretta dei medici afferenti UMGC in primis medicina generale e pediatri di libera scelta.

L'USCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- Dimissione protette del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare
- Monitoraggio del paziente comorbido e/o fragile
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile

effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici

L'USCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet con tecnologia cloud computing al fine di garantire anche l'interoperabilità della rete di consulenti collegati in telemedicina; può essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili, anche diagnostici, in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

L'orario di servizio delle USCA è parametrato a quello delle CdC.

L'attività svolta viene relazionata nel portale della Continuità della Cura e inserita nel FSE per pronta visione del Medico di AP.

La sede operativa dell'USCA è la Casa della Comunità *hub* alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

Le USCA sono formate da Medici di Medicina Generale selezionati secondo i criteri stabiliti da ACN in termini di formulazione graduatorie e attribuzione incarichi e relativi medici reperibili, pertanto attraverso la graduatoria unica regionale per la Medicina Generale.

3. CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le Aziende Sanitarie nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, organizzano le attività sanitarie per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili, dalle ore 8 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

Il servizio di Continuità Assistenziale è indirizzato a tutta la popolazione, in ambito aziendale, in ogni fascia di età, sulla base di uno specifico livello assistenziale. Le prestazioni sono realizzate da:

- Medici organizzati in forme associative con i medici di Assistenza Primaria per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore in ambiti territoriali definiti
- Medici convenzionati sulla base della disciplina di cui ai precedenti accordi collettivi nazionali
- il fabbisogno di MCA è stabilito in una unità ogni 5.000 abitanti

Assegnazione incarichi:

- Gli incarichi vengono assegnati sulla base della graduatoria regionale di medicina generale
- In subordine, in caso di carenza, gli incarichi vengono assegnati sulla base delle graduatorie aziendali

3.1 Ferie e maternità

Ai fini del ristoro psico – fisico, specialmente nel periodo estivo, ai medici incaricati a 38 ore settimanali sono riconosciuti 21 giorni non lavorativi di riposo, di cui 10 a scelta del medico e 11 determinati dall'Azienda. Ai medici incaricati per 24 ore settimanali i giorni sono ridotti in proporzione. L'azienda nei periodi di riposo provvede alla sostituzione dei medici interessati con incarichi di sostituzione o con medici titolari che si rendano disponibili. Questi ultimi, in ogni caso, non potranno superare, in un mese, un orario di servizio superiore a quello di quattro settimane, ciascuno secondo il proprio massimale di incarico. Per poter usufruire del periodo di riposo i medici produrranno apposita domanda al distretto di competenza almeno trenta giorni prima del periodo prescelto. Entro quindici giorni il Distretto provvede alla nomina dei sostituti ed indica all'interessato le date degli ulteriori 11 giorni. In caso di mancata risposta del distretto il medico si riterrà autorizzato per il periodo richiesto (dieci giorni non lavorativi di sua competenza). Per usufruire del periodo di riposo il medico interessato deve comunicare, entro il giorno 20 del mese precedente a quello nel quale sono collocati i giorni di riposo, al Referente UMGC o in mancanza, al responsabile distrettuale di competenza il periodo di assenza. La mancata comunicazione equivale alla rinuncia del periodo di riposo prescelto, anche in presenza di formale autorizzazione del distretto.

Ai fini di maternità e gravidanza, ai medici incaricati a 38 ore settimanali sono riconosciuti 5 mesi non lavorativi di riposo. Ai medici incaricati per 24 ore settimanali i giorni sono ridotti in proporzione. L'azienda nei periodi di riposo provvede alla sostituzione dei medici interessati con incarichi di sostituzione o con medici titolari che si rendano disponibili. Questi ultimi, in ogni caso, non potranno superare, in un mese, un orario di servizio superiore a quello di quattro settimane, ciascuno secondo il proprio massimale di incarico. Per poter usufruire del periodo di riposo i medici produrranno apposita domanda al distretto di competenza almeno trenta giorni prima del periodo prescelto. Entro quindici giorni il Distretto provvede alla nomina dei sostituti ed indica all'interessato le date degli ulteriori 11 giorni. In caso di mancata risposta del distretto il medico si riterrà autorizzato per il periodo richiesto (dieci giorni non lavorativi di

sua competenza). Per usufruire del periodo di riposo il medico interessato deve comunicare, entro il giorno 20 del mese precedente a quello nel quale sono collocati i giorni di riposo, al referente UMGC, in mancanza, al responsabile distrettuale di competenza il periodo di assenza. La mancata comunicazione equivale alla rinuncia del periodo di riposo prescelto, anche in presenza di formale autorizzazione del distretto.

5. PREVIDENZA ED ASSISTENZA

L'ente previdenziale ed assistenziale è l'ENPAM.

I Medici di AP, di Continuità Assistenziale, MET e USCA, che sono costretti a sospendere l'attività professionale per una malattia o un infortunio hanno diritto a un'indennità e al sostituto nominato dall'azienda dal 1° giorno di malattia.

Le aziende garantiscono una serie di tutele alle dottoresse che stanno per diventare mamme (nascita di un figlio, adozione o affidamento preadottivo di un minore).

Gli aiuti vanno dall'indennità di maternità (prevista anche in caso di aborto spontaneo o terapeutico dopo il terzo mese di gravidanza) ai sussidi per il primo anno di vita del bambino o di ingresso del minore in famiglia (in caso di adozione).

Deve essere prevista anche la possibilità di coprire gli eventuali periodi privi di contribuzione dovuti alla possibile sospensione dell'attività professionale.

Le tutele sono estese ai papà in casi particolari.

E' onere delle aziende trovare un sostituto in caso di assenza del medico per tutte le fattispecie sopra elencate (gravidanza, maternità/paternità, malattia o infortunio).