



**RELAZIONE TECNICO - ILLUSTRATIVA DELL'IPOTESI DI
ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE***

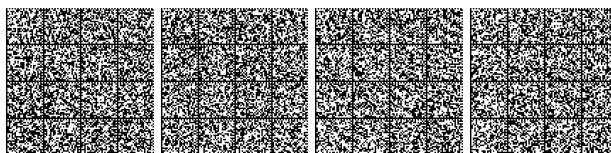
**ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI
PRIORITARI ED URGENTI**

DEL

TRIENNIO NORMATIVO ED ECONOMICO 2016-2018

*RELAZIONE REDATTA AI SENSI DEI COMMI 3, 4 E 5 DELL'ART. 47 E COMMA 3 DELL'ART. 48 D.LGS. 30 MARZO 2001, N. 165 E SMI.



INDICE**RELAZIONE ILLUSTRATIVA E DI COMPATIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA****PARTE I – OBIETTIVI GENERALI****PARTE II – ACN MEDICINA GENERALE**

PARTE I – OBIETTIVI GENERALI

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEL TESTO CONTRATTUALE

I. PREMessa.

Con l'entrata in vigore della Legge 8 novembre 2012, n. 189, norma di conversione del D.L 13 settembre 2012, n. 158 (Decreto Balduzzi), è stato riformato l'impianto normativo di riferimento del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN. In particolare sono state apportate modifiche, integrazioni ed abrogazioni sul testo vigente dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante disposizioni per il "riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Le disposizioni introdotte modificano l'assetto dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali e dei relativi accordi decentrati (regionali ed aziendali).

La riforma all'art. 1, comma 6, prevedeva che entro 180 (centottanta) giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, si provvedesse, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere: b-bis), b-ter), b-quater), b-quinquies), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) dell'art. 8, comma 1, come modificato dalla stessa Legge 189/2012, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate.

Disponeva inoltre che entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, fossero stipulati i relativi accordi regionali attuativi. Il termine previsto non è stato rispettato ma il 12 febbraio 2014 il Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità esitava l'atto di indirizzo originario che in pari data veniva inoltrato al Governo per acquisire il previsto parere ex art. 47, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.



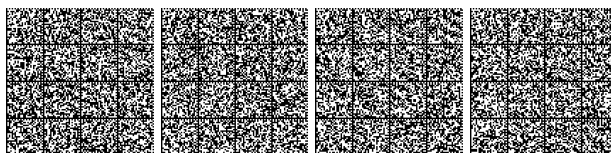
Decorso il termine previsto (20 giorni) ed in considerazione dell'intervenuto silenzio-assenso del Governo, il Comitato trasmetteva alla SISAC in data 18 marzo 2014 l'atto di indirizzo *“al fine di dare avvio alle trattative con le OO.SS.”*.

In data 26 marzo 2014, in ottemperanza alle disposizioni di funzionamento della Struttura (L. 289/2002, Accordo Stato-Regioni 5 dicembre 2013) la SISAC convocava il Comitato dei Rappresentanti delle Regioni e delle Province Autonome (organismo composto dai rappresentanti di tutte le Regioni e Province e dei Ministeri della Salute, del Lavoro e dell'Economia) che all'unanimità ratificava la piattaforma negoziale redatta sulla scorta dell'Atto di indirizzo ricevuto.

Esperate le procedure formali le controparti sindacali di tutti e tre i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN (medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie - psicologi, biologi e chimici) venivano convocate congiuntamente in data 11 aprile 2014 per l'apertura delle trattative e per affrontare le questioni di carattere generale e metodologico cui attenersi nella contrattazione.

Seguivano incontri alternati ad interruzioni durante le quali le OO.SS., in particolare della medicina generale e della pediatria di libera scelta, chiedevano interlocuzioni con il Comitato di Settore del comparto Regioni Sanità allo scopo di dirimere preventivamente alcune loro preoccupazioni. Il Comitato si riuniva in più occasioni e nel frattempo alcune sigle sindacali proclamavano uno sciopero nazionale per il 19 maggio 2015. Le trattative dei due settori interessati (medicina generale e pediatria di libera scelta) si interrompevano.

Esplorata la volontà delle sigle rappresentative del settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (Psicologi, biologi e chimici), ed acquisito il loro riscontro positivo, in data 14 maggio 2015 veniva convocato il tavolo negoziale del citato settore per intraprendere le trattative specifiche connesse al mandato ricevuto. L'ACN in questione per la sola parte normativa è stato sottoscritto dalle parti negoziali il 30 luglio 2015 e reso esecutivo, a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015 (cfr. Rep. Atti. 227/CSR del 17 dicembre 2015).



Per gli altri settori, segnatamente medicina generale e pediatria di libera scelta, le trattative restano interrotte anche per la parte normativa fino ad un nuovo intervento del Comitato di settore di comparto che, allo scopo di ridurre le distanze tra le parti negoziali demanda ai tecnici di verificare la possibilità di superare le criticità sulle quali si è arenata la trattativa elaborando un documento di interpretazione dell'atto di indirizzo.

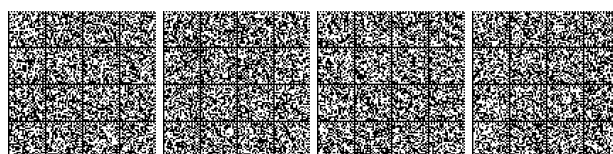
Dopo una serie di vicissitudini molto travagliate il neoricostituito Comitato di Settore delibera, in data 13 aprile 2016 un "documento integrativo" che, in applicazione del sopravvenuto Patto della Salute 2014-2016, tiene fermo l'atto di indirizzo originario chiarendone alcuni contenuti precettivi. Il documento diviene esecutivo in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del Governo).

La SISAC, aderendo ad una richiesta propedeutica delle OO.SS. elabora e consegna una prima bozza integrale di AA.CC.NN. di settore che viene trasmessa alle controparti in data 1 giugno 2016. Seguono vari incontri tra le delegazioni al tavolo che consentono alla Struttura di emendare la bozza con quanto nel frattempo concordato. La proposta negoziale emendata con le osservazioni accolte viene ritrasmessa in data 5 dicembre 2016. Tutte le ipotesi fino a quel punto sono elaborate, in adesione alle disposizioni di legge vigenti, per la sola parte normativa e senza determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

In tale contesto le OO.SS. interrompono nuovamente le trattative chiedendo nuove direttive che includano anche la parte economica che, nel frattempo, viene definita nelle leggi di stabilità approvate dal Parlamento. In data 27 luglio 2017 il Comitato di Settore delibera una nuova "nota di aggiornamento dell'Atto di Indirizzo" con la quale, alla luce sia dei contenuti delle leggi di stabilità che delle indicazioni contenute in diversi atti normativi e documenti di programmazione (Patto Salute 2014-2016, DM 70/2015, Piano Nazionale Cronicità, PNPV, Accordo Stato-Regioni 24 novembre 2016 su numero europeo armonizzato a valenza sociale 116-117, nuovi Lea – DPCM 12 gennaio 2017, Legge 24/2017), fornisce alla SISAC ulteriori indicazioni per le trattative con le OOS dei medici convenzionati. Anche questa nota diviene esecutiva in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del



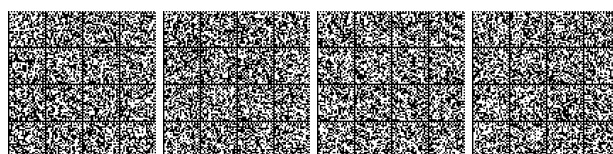
Governo). Le trattative ripartono sempre e solo per la parte normativa in entrambi i settori della medicina generale e della pediatria di libera scelta ma il nodo della mancanza di certezze sulla presenza della componente di revisione economica rallenta e poi frena definitivamente il negoziato. Il Comitato di Settore, a seguito di chiarimenti intercorsi con il Governo, giunge alla conclusione di emanare un “documento integrativo di aggiornamento dell’atto di indirizzo per la medicina convenzionata”, esitato il 19 febbraio 2018, con il quale “integra il contenuto degli atti già deliberati in data 12 febbraio 2014, 13 aprile 2016, 8 marzo 2017 e 27 luglio 2017 e trasmessi alla SISAC al fine di procedere alle trattative di rinnovo degli AACCN di settore”, chiarisce il contenuto delle risorse disponibili per il triennio in questione e affida all’agente negoziale il compito di affrontare nell’immediato alcune esigenze organizzativo-normative che impongono un tempestivo adeguamento degli AACCN in questione fermo restando l’assunzione dell’impegno di tutte le parti negoziali a concludere l’intera contrattazione del triennio 2016-2018 (normativo ed economico). A fronte della condivisione e definizione di tali “obiettivi prioritari” sono rese disponibili le “risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale...”.



II. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO E INDIRIZZI ALLA CONTRATTAZIONE.

Negli ultimi anni, cioè grosso modo dalla sigla degli ultimi ACN, la situazione economica del Paese è notevolmente peggiorata e con essa è diventata molto più critica la stabilità finanziaria del SSN. Ciò ha generato tra l'altro due fenomeni principali che rilevano in questa sede. Il primo può essere descritto come la produzione di un "corpus" normativo volto a fronteggiare la crisi economica adeguando l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica ai vincoli imposti dalla gestione del bilancio statale nel rispetto delle regole comunitarie. Possono essere inserite in quest'ambito: il decreto legislativo 150/2009 "Attualizzazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", la legge 111/2011 "disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", la legge 135/2012, "disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", la legge 189/2012 "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e da ultimo il DPR 122/2013 "Regolamento in materia di proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per i pubblici dipendenti".

Il secondo fenomeno attiene sia alle ricadute delle norme citate sul contesto sanitario, sia al tentativo di mettere a punto programmi e strumenti atti a contenere la spesa sanitaria e a migliorare l'efficienza del sistema cercando di evitare, come usa dire, di gettare il bambino con l'acqua sporca, cioè di peggiorare la qualità dell'assistenza. Per semplicità ci si riferisce al blocco dei contratti di lavoro, ai Piani regionali di rientro, ai vari tentativi di "spending review", agli interventi sulla dotazione complessiva dei posti-letto, ai tetti sulla spesa farmaceutica, all'introduzione dei costi standard e - più rilevante ai presenti fini - alla necessità di riforma delle cure primarie. Tutti questi interventi miravano in sostanza a razionalizzare la struttura dell'offerta di servizi agendo sia sul costo unitario dei fattori, sia sulla composizione della struttura produttiva al fine di razionalizzare la spesa ospedaliera, con l'ammodernamento della rete dei presidi, e sviluppare l'assistenza territoriale.



L'efficacia di tali manovre è in larga misura "*sub iudice*". Sono state richiamate solo perché è da tale contesto che scaturisce l'originario atto di indirizzo che dà il via al rinnovo degli ACN solo per la parte normativa. In estrema sintesi si può dire che l'atto di indirizzo, in coerenza con la sua genesi, mira al potenziamento della rete dei servizi di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale, introducendo maggiore chiarezza tra i livelli di autonomia, responsabilità e competenze spettanti ai vari attori del sistema e nel rispetto dei vincoli finanziari posti nei confronti sia del bilancio pubblico, sia del compenso dei singoli professionisti.

Tale impostazione, unitamente all'esigenza di conferire più trasparenza al governo del settore, ha naturalmente generato la necessità di procedere alla revisione completa dei testi degli ACN in questione.

In una seconda fase però, fase che prende le mosse certamente dallo "spartiacque" della sentenza della Corte Costituzionale n. 178 del 24 giugno 2015, il Governo ed il Legislatore sono chiamati ad intervenire anche sulla integrazione economica delle discipline contrattuali. Ne scaturiscono pertanto una serie di nuovi provvedimenti che, pur tenendo fermi gli assunti connessi alla revisione normativa, avviano un percorso di finanziamento delle risorse destinate alla contrattazione. Si richiamano all'uopo la legge 208/2015, (legge di stabilità 2016), la legge 232/2016 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), legge 205/2017 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) ed i rispettivi decreti attuativi.

AUTONOMIA, RESPONSABILITÀ E COMPETENZE TRA I VARI ATTORI DEL SISTEMA.

Al fine di chiarire ulteriormente il contesto istituzionale entro cui si devono collocare i nuovi Accordi nazionali e in coerenza col primo comma, dell'art. 1, della legge 189/12, l'Atto di indirizzo richiama alcuni principi che più propriamente si potrebbero definire "pre" o "meta" contrattuali, in quanto attinenti le materie proprie del tavolo negoziale ma poste, dalla legge citata



prima ancora che dall'Atto, su un piano normativo distinto e separato da quello della contrattazione.

In particolare si fa riferimento agli aspetti riconducibili alla sintetica notazione presente nella premessa dell'Atto stesso là dove si afferma che "mentre alla convenzione nazionale è affidata l'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN, la revisione ed implementazione del modello organizzativo dovrà essere lasciata esclusivamente all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali. Alle convenzioni nazionali è ovviamente affidato l'importante compito di fornire indicazioni di carattere generale rispetto ai modelli organizzativi per garantire una certa omogeneità di servizio a livello nazionale".

Si tratta in particolare degli aspetti di seguito richiamati:

- a) adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo definito dalla Regione;
- b) superamento di tutte le forme organizzative esistenti e loro sostituzione con le AFT e UCCP;
- c) adesione al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione;
- d) avvio della contrattazione per l'AIR, una volta definita la programmazione del nuovo assetto organizzativo, e suo perfezionamento entro 12 mesi, pena la sospensione unilaterale della parte economica dell'AIR;
- e) accessibilità alle cure e continuità dell'assistenza con integrazione, nell'ambito del modello organizzativo adottato da ciascuna Regione, dei medici a ciclo di scelta e dei medici ad attività oraria; integrazione con i servizi dell'emergenza urgenza ed attivazione del numero unico 116-117.
- f) istituzione del ruolo unico delle Cure Primarie;
- g) revisione del rapporto ottimale in base alle determinazioni regionali.

Oltre tali aspetti prioritari si possono richiamare anche:

- a) la verifica della coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative del D.lgs. 150/09 e smi e all'adozione di eventuali adeguamenti;



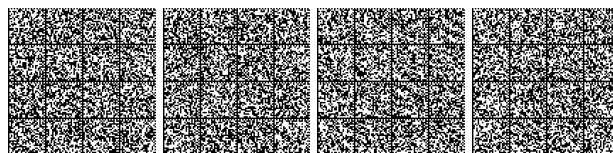
- b) la revisione della normativa della rappresentatività e dei diritti sindacali, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale, includendo il meccanismo di quantificazione e attribuzione delle ore disponibili per l'attività sindacale, nonché le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacale;
- c) la revisione e l'aggiornamento del testo di tutti gli ACN.

Va ricordato infine che tutte le innovazioni indicate in precedenza così come quelle che seguono, nonché quelle che saranno introdotte nei testi dei nuovi ACN, devono trovare l'eventuale fonte di finanziamento all'interno delle disponibilità finanziarie definite a livello nazionale tanto per il pubblico impiego contrattualizzato quanto per il settore in regime di convenzionamento con il SSN (cfr in particolare *infra* § III – Disponibilità finanziarie).

ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI PRIORITARI ED URGENTI.

Si è già avuto modo di rappresentare che nella fase attuale, fermo restando gli indirizzi contenuti negli atti esitati dal Comitato di Settore per il comparto Regioni-Sanità, la contrattazione affidata alla SISAC con le più recenti linee di indirizzo del 19 febbraio 2018 ha esitato la sottoscrizione dell'ACN in esame che attiene i seguenti punti specifici:

- 1) realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);
- 2) necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;
- 3) l'istituzione di uno specifico settore inerente l'assistenza negli istituti penitenziari, la cui competenza è stata trasferita in carico al SSN con Legge 24 dicembre 2007, n. 244 e D.P.C.M. 1 aprile 2008;
- 4) regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali;



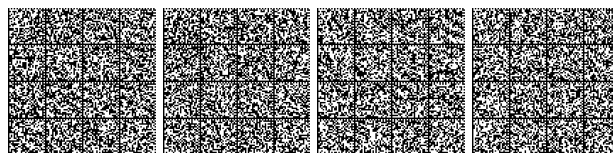
- 5) per il settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (biologi, psicologi e chimici) occorre procedere alla revisione ed aggiornamento degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi;

Con tale prima intesa inerente le questioni elencate il Comitato di Settore ritiene possibile definire le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

Tale Accordo non determinerà dunque l'erogazione delle risorse decorrenti dall'anno 2018 (né quelle riferibili all'indennità di vacanza contrattuale corrisposta ai dipendenti, né quelle connesse alle aliquote degli incrementi disposti dalle leggi finanziarie già dettagliatamente citate). Per disporre anche di quelle ulteriori risorse la contrattazione dovrà ripartire a stretto giro e concludersi con la sottoscrizione di AACCN che includano tutte le questioni delineate dagli atti di indirizzo pervenuti.

Le parti nell'Accordo in esame hanno condiviso la scelta di stralciare la definizione del nuovo settore della assistenza negli istituti penitenziari per rinviarne la questione all'atto della conclusione del triennio. Ciò in quanto le OO.SS. hanno chiesto approfondimenti tecnici riguardanti la soluzione della questione inerente l'assegnazione delle borse di studio che debbono garantire il ricambio anche nel settore in parola.

Per quanto attiene la Specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie, che ha già sottoscritto l'accordo di parte normativa (in vigore già dal 17 dicembre 2015) è inclusa in questa fase intermedia di allineamento negoziale anche la revisione degli elenchi delle specializzazioni utili ai fini dell'accesso agli incarichi al fine di adeguarli alla normativa vigente (tale indicazione era già stata specificamente disposta con atto di indirizzo dell'8 marzo 2017).



III. PRINCIPALI ASPETTI NORMATIVI ED ECONOMICI GENERALI.

PREMESSA

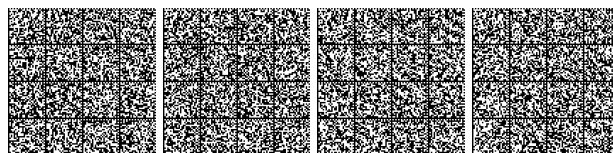
L'ACN in analisi si inserisce in un quadro normativo e contrattuale sul quale hanno già inciso profondamente tanto il Legislatore (riforma cure primarie, tessera sanitaria, ricetta elettronica, certificazione malattia) quanto le precedenti intese fra le parti, rese esecutive: con atto della Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 29 luglio 2009 e con atto Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 8 luglio 2010 (istituzione UCCP e AFT, flusso informativo, revisione compiti dei medici ecc.).

In tale contesto e confermando il percorso irreversibilmente intrapreso, l'ipotesi di accordo in esame determina un primo passo nell'ottica di attuare la riforma con la quale il Legislatore ha inteso riorganizzare l'intero comparto delle cure primarie.

Le disposizioni di legge che forniscono il perimetro entro cui si è dovuta muovere la contrattazione e che sono state citate nel precedente paragrafo di questa relazione, qualificano il contesto finanziario in cui opererà il nuovo ACN di settore.

In particolare gli atti di indirizzo e gli AACNN in esame sono supportati dalle seguenti previsioni normative finanziarie:

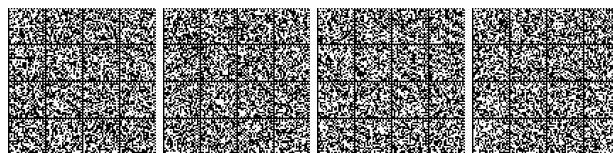
- 1) L. 28-12-2015 n. 208, (legge di stabilità 2016), art. 1, commi 466, 467, 469, 470: tale norma dispone la quantificazione degli oneri per i rinnovi del personale dipendente dalle amministrazioni statali (300 milioni) e rinvia ai bilanci delle amministrazioni non statali in coerenza con quanto stabilito per quelli statali; il comma 470 precisa che *“Le disposizioni recate dal comma 469 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale”*
- 2) Con il DPCM 18 aprile 2016 si puntualizzano le modalità di determinazione per i dipendenti delle amministrazioni non statali è pari allo 0,4% del monte salari precisando che tali incrementi *“si aggiungono, a decorrere dall'anno 2016, a quelli già determinati per il pagamento della predetta indennità di vacanza contrattuale”*.



- 3) L. 11-12-2016 n. 232 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), art. 1, commi 364, 365, 367, 392, 412: con tali norme si dispone lo stanziamento di ulteriori risorse rispetto alle precedenti precisando che *“ai fini della copertura degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale, come determinati a seguito dell'aggiornamento dei criteri di cui al comma 367, è vincolata, a decorrere dalla data di adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 365, una quota del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi del comma 392”*.
- 4) Con il DPCM 27 febbraio 2017 viene abrogato il precedente DPCM 18 aprile 2016 (di cui al precedente punto 2) rideterminando le aliquote di incremento per il 2016, 2017 e il 2018 rispettivamente nello 0,36%, 1,09%, 1,45% del monte salari del 2015. Anche in questo caso si precisa che *“gli importi quantificati per gli anni 2016, 2017 e a decorrere dal 2018 in applicazione di quanto previsto dal comma 2 si aggiungono a quelli già determinati per il pagamento dell'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010”*.
- 5) Da ultimo con la L. 27-12-2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) vengono sostanzialmente rideterminate le aliquote di incremento relative all'anno 2018 aggiungendo a quanto già fissato dalla previgente normativa citata (1,45%), un tasso ulteriore di incremento pari al 2,03% sulla base di calcolo come in precedenza già definita (in totale portando al 3,48% l'incremento stabilito).

Il modello finanziario adottato in questa tornata dal Legislatore, per la prima volta, determina un meccanismo di parametrizzazione delle risorse sancendo esclusivamente le coperture aggiuntive rispetto all'indennità di vacanza contrattuale (pari allo 0,75% della massa salariale del 2009) che però, di per se, non troverebbe applicazione diretta per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.

Pertanto, se gli incrementi “aggiuntivi” trovano già una specificazione diretta nel comma 412 della L. 11-12-2016 n. 232, per l'ulteriore 0,75%, già erogato ai dipendenti pubblici a partire dal 2010 in qualità di indennità di vacan-

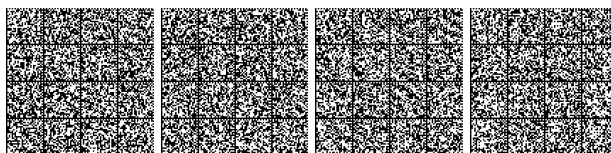


za contrattuale, la specifica copertura finanziaria è da individuarsi negli accantonamenti annuali disposti dalle Aziende ai sensi di legge (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248) operati anche per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN (come da riscontro del MEF in sede di verifica degli adempimenti annuali).

ASPETTI METODOLOGICI ED ANALISI FINANZIARIA GENERALE.

La presente parte della relazione è disposta, secondo quanto previsto dagli artt. 47, comma 4 e 48, comma 3 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come recepito dalla Legge 27 dicembre 2002, n. 289, allo scopo di rendere una efficace e chiara attestazione degli oneri diretti e indiretti derivanti dal rinnovo contrattuale. Per meglio inquadrare il contesto si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative e di quantificazione del settore. In particolare, in ossequio alle determinazioni contenute nelle leggi finanziarie ed in osservanza alla necessità già richiamata dalla Corte dei Conti nelle delibere di certificazione delle precedenti tornate contrattuali, di allineare la stima dei costi con il valore di uscita dalla precedente contrattazione al fine di garantire un effettivo controllo dell'attendibilità delle previsioni di spesa, tutte le quantificazioni fisiche e di spesa della presente relazione avranno come origine la quantificazione dei costi del precedente biennio economico 2007-2008. Da tale quantificazione scaturiscono gli adeguamenti delle consistenze fisiche (scelte in carico ed ore retribuite) per gli anni di riferimento che determinano le basi della massa salariale di stima degli incrementi (2009 e 2015).

Si specifica che, come le disposizioni di legge dispongono, sulla base di calcolo dell'anno 2009 sono applicate le percentuali relative al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (0,5077% nel 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011) mentre la base sulla quale verranno applicati gli ulteriori incrementi disposti con le recenti leggi finanziarie (0,36% anno 2016, 1,09% anno 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) è quella riferita all'anno 2015 *“al netto della spesa per l'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010, maggiorato degli oneri contributivi ai fini previdenziali e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP)”* (cfr. art. 2, comma 1, DPCM 27 febbraio 2017).



Di seguito quindi, prioritariamente, si ritiene opportuno esporre la dotazione di personale convenzionato alla data del 1 gennaio 2016 da cui scaturiscono tutte le considerazioni che verranno svolte nella presente relazione.

TABELLA n. 1 (tabella n. medici al 1 gennaio 2016)

MEDICINA CONVENZIONATA	medici al 01/01/2016
TOTALE MEDICINA GENERALE	66.633
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	44.436
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	17.464
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.810
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	2.923
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	7.719
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	18.330
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	16.895
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.435
TOTALE CONVENZIONE	92.682

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Il contingente di personale convenzionato con il SSN nell'anno 2007 contabilizzava una assistenza sanitaria in termini di assistiti (per i comparti a quota capitaria) e di ore (per i comparti a quota oraria), come determinato dalle stime all'epoca disponibili e ritenute coerenti dal rapporto di certificazione deliberato dalla Corte dei Conti, come di seguito illustrato.

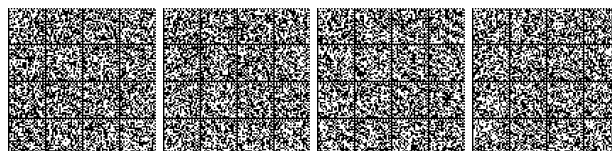


TABELLA n. 2 (tabella assistiti/ore anno 2007)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.479.681
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.707.145
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.031.086
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	6.412.702
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.054.156
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	12.030.856
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	685.579

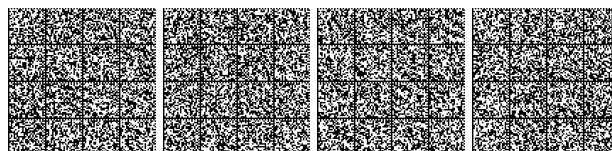
Fonte: relazione tecnica SISAC – biennio 2008-2009

Nel limite delle risorse disponibili previste per il rinnovo del biennio 2008-2009, la quantificazione del costo finale (inclusivo dell'aumento contrattuale del 3,2%) fu all'epoca stimato come da seguente tabella

TABELLA n. 3 (costo biennio 2008-2009 incluso 3,2%)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO biennio economico 2008-2009 inclusivo del 3,2% (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.789.824.266
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.042.172.151
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 547.325.214
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 30.828.246
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 169.498.655
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 882.740.935
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 606.846.802
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 583.071.084
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 23.775.718
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	€ 6.279.412.002

Fonte: relazione tecnica SISAC – biennio 2008-2009



In coincidenza di quel rinnovo contrattuale e sulla base delle sollecitazioni e degli stimoli pervenuti dalla stessa Corte dei Conti nelle delibere di certificazione, la SISAC ha avviato un percorso di istituzione di un flusso informativo annuale proveniente dalle singole Aziende Sanitarie e da tutti gli altri Enti del SSN allo scopo di stabilizzare la metodologia di calcolo del costo del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.

A far data dalla rilevazione condotta al 1 gennaio 2009 si è costituito infatti un flusso specifico inerente il dato del numero delle ore retribuite nel corso dell'anno precedente (totale complessivo delle ore retribuite ai medici e professionisti remunerati a quota oraria nel corso di tutto l'anno solare precedente) (dato di flusso). Infine, con decorrenza dalla rilevazione 1 gennaio 2014 è stato integrato nel flusso dati proveniente annualmente dalle singole regioni anche il numero di assistiti dei settori remunerati a quota capitaria (assistenza primaria e pediatria di libera scelta) il numero degli assistiti in carico (dato di stock al primo gennaio di ogni anno).

Oggi si dispone dunque di una serie storica attestata dalle singole Aziende ed Enti del SSN che consente di effettuare stime dei costi sulla scorta di una metodologia stabile e consolidata.

STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2007.

Il costo complessivo come “valore di uscita” della precedente contrattazione di settore (*supra* tab. 3), viene quindi rivalutato in forza delle consistenze fisiche effettive all'anno 2009 in base al flusso dati rilevato dalla SISAC, per le ore retribuite nell'anno ed ai dati dell'Annuario Statistico anno 2010 (dati 1 gennaio 2010) edito dal Ministero della Salute per il numero degli assistiti (scelte) dei medici e dei pediatri in quota capitaria dello stesso periodo.

Nell'eseguire tale operazione diviene evidente un fenomeno particolare sul quale si richiama nuovamente l'attenzione. Come già rappresentato nella relazione tecnica riferita al precedente accordo di sola parte normativa per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali (reso esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015) si evidenzia la notevole espansione delle ore del settore. Il fenomeno non è certamente nuovo ed è sicuramente stato



acuito dal blocco del turn-over nell'area della dipendenza medica e veterinaria. Il nesso eziologico si riscontra in tutta la sua evidenza per la coincidenza dei tempi dei fenomeni rilevati (blocco del turn-over e crescita delle ore di specialistica ambulatoriale convenzionata); le Aziende, nella necessità di garantire le prestazioni assistenziali specialistiche e professionali sanitarie in fase di contrazione degli organici dei dipendenti e data l'impossibilità di integrarne i ruoli, hanno ampliato considerevolmente il ricorso alle prestazioni degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti afferenti l'area contrattuale in questione.

TABELLA n. 4 (scelte e ore remunerate anno 2009)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore (*) al 01/01/2010
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.622.066
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.166.786
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.711.712
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.865.743
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.668.352
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	15.972.803
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.127.194

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2010

(*) Annuario statistico 2010 - ministero salute per le scelte dell'assistenza primaria e della pediatria di libera scelta

In forza di tale componente numerica il costo della convenzione all'anno 2009 da utilizzare quale base di applicazione dell'aliquota relativa al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (lo 0,5077% per il 2010 e lo 0,75% - di cui, in forza dell'ACN in esame, sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017) è così rideterminato:

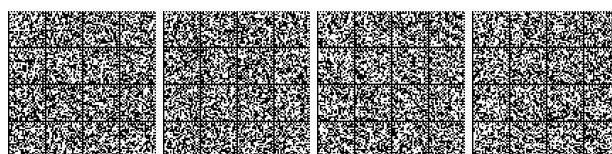


TABELLA n. 5 (costo base anno 2009 – 01/01/2010)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 01/01/2010 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.792.401.528
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 972.295.276
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 813.206.942
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	€ 6.577.903.745

STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2015.

Analogo procedimento è stato utilizzato per rideterminare la nuova base di riferimento per gli incrementi riferiti al triennio 2016-2017-2018 (dei quali, in forza dell'ACN in esame sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2016-2017).

In questo caso la stima è effettuata in forza del flusso dati annuale completo che la SISAC intrattiene con le singole Aziende e con gli altri Enti del SSN e che include la serie storica sia delle ore remunerate che delle scelte in carico a medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta.

Con tale fase dunque si chiude l'implementazione del modello consolidato di stima del costo che trova riscontro anche nel corrispettivo flusso contenuto nel modello CE (Conto Economico delle Aziende).

Anche nel periodo 2010-2015 permane e si conferma il fenomeno di espansione delle ore, in particolare della specialistica ambulatoriale.

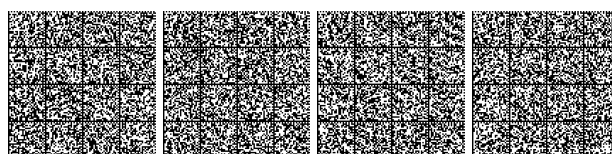


TABELLA n. 6 (scelte e ore remunerate anno 2015)

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore al 01/01/2016
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.506.661
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.954.854
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.831.655
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.973.220
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.762.835
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	19.390.309
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.703.933

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Si segnala però che in coincidenza della sottoscrizione dell'ACN 17 dicembre 2015 tale processo di crescita delle ore pare cominciare un rallentamento in particolare pare essersi arrestato il fenomeno della crescita del numero degli specialisti così che, la crescita delle ore deve essersi necessariamente ripartita sugli incrementi orari dei medici già operanti con carico orario inferiore alle 38 ore. La spiegazione può essere inquadrata nelle finalità che si era preposto di conseguire l'ACN sottoscritto nel 2015 e che, si ribadisce, riguardava solo la parte normativa. Di seguito si riproduce quanto riferito dalla SISAC nella relazione tecnica di quell'Accordo: *“il contesto normativo generale in cui ha operato il rinnovo contrattuale espone un adeguamento della disciplina del settore in esame, riconducendolo ai meccanismi ordinari e tipici del reclutamento di personale. Sino ad oggi il settore della specialistica ambulatoriale era rimasto ancorato alla fase di chiusura dell'area che fu introdotta nel lontano 1997. Con la riforma apportata dalla L. 189/2012 l'area della specialistica ambulatoriale ha trovato il suo pieno riconoscimento, al pari delle altre aree convenzionate, nell'ambito delle cure primarie. Di conseguenza, il rinnovo contrattuale in esame ha ripristinato le ordinarie procedure di assegnazione di incarichi, limitando, analogamente agli altri settori del pubblico impiego, l'abusato ed improprio ricorso agli incarichi a tempo determinato allo scopo di far fronte ad esigenze ordinarie di assistenza specialistica da parte degli Enti del SSN. Si è inoltre superata la abusata e poco*



chiara procedura di trasformazione degli incarichi a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato che era prevista dell'art. 23, comma 13 dell'ACN 23 marzo 2005 e smi. Si è sostanzialmente voluto proceduralizzare e rendere sistematica la scelta dell'Azienda nell'assegnazione di incarichi.

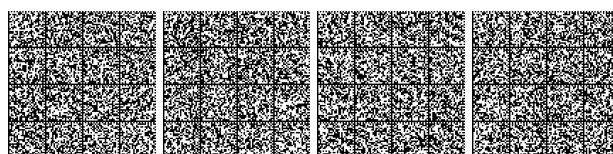
La procedura di seguito analizzata, quindi, circoscrive la assegnazione a tempo determinato solo ad esigenze straordinarie o specifici progetti, lasciando in capo alle amministrazioni la possibilità di valutare, in base alla programmazione, se conferire l'incarico a tempo indeterminato o determinato".

Pare dunque, che la revisione sistematica dei criteri di accesso agli incarichi di quel settore abbia innescato un processo virtuoso e ci si può attendere, al raggiungimento del massimale orario di medici già in servizio una riduzione sostanziale anche delle ore in forza degli ulteriori meccanismi introdotti (limitazione degli incarichi a tempo determinato e preferenza al completamento orario); con questi meccanismi si mirava anche a spingere verso una disponibilità completa del medico nei confronti del SSN ottenendo anche un miglioramento della qualità del servizio e delle cure.

La base retributiva dell'anno 2015 è dunque rielaborata in forza delle consistenze numeriche evidenziate nella precedente tabella n. 6 secondo la seguente tabella:

TABELLA n. 7 (costo base anno 2015 - 01/01/2016)

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2015 01/01/2016 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.810.769.561
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.044.250.247
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 553.872.586
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 54.764.321
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 157.882.408
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 986.071.599
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 998.836.306
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 939.744.312
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 59.091.994
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	€ 6.795.677.467



RIEPILOGO STIMA BASI DI CALCOLO DELLA CRESCITA RETRIBUTIVA

E' possibile a tal punto riepilogare i riferimenti di crescita delle basi di calcolo della crescita retributiva sancita dal Legislatore per il triennio 2016-2018 e, come da prassi nelle relazioni tecniche della SISAC per i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN, raffrontare anche la stima effettuata secondo la metodologia adottata, con i dati derivanti dal flusso dei Conti Economici delle Aziende Sanitarie che, come già segnalato nelle precedenti relazioni tecniche, non può essere utilizzato direttamente in quanto non è utile ai fini della stima della massa retributiva da utilizzare come base di calcolo in quanto: per tutti i settori rilevati (assistenza primaria, continuità assistenziale, pediatria e specialistica) include i costi derivanti dagli AIR (Accordi Integrativi Regionali) e dagli AAA (Accordi Attuativi Aziendali), che invece vanno esclusi dalla base di calcolo in quanto esulano dalla Contrattazione nazionale e vengono finanziati con risorse proprie delle singole regioni/aziende; per gli altri settori, non rilevati il flusso è indistinto fra figure afferenti ad aree negoziali differenti (psicologi con emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi non specificata in alcuna codifica). Per questo motivo, il flusso CE (che peraltro non include la stima dell'onere per assicurazione di malattia e IRAP) viene riportato nella seguente tabella a titolo di mero raffronto che consente comunque di confermare la coerenza della metodologia adottata.

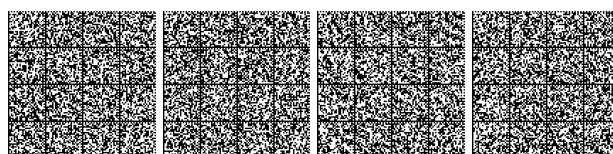


TABELLA n. 8 (confronto basi retributive anni 2009 – 2015 – CE 2015)

MEDICINA CONVENZIONATA	include spesa regionale		
	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO CE 2015 (non include malattia e IRAP)
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.792.401.528	€ 4.810.769.561	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152	€ 4.044.250.247	€ 4.539.371.000
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602	€ 553.872.586	€ 703.418.000
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167	€ 54.764.321	
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607	€ 157.882.408	
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 972.295.276	€ 986.071.599	€ 1.078.742.000
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 813.206.942	€ 998.836.306	€ 1.077.339.000
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120	€ 939.744.312	
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822	€ 59.091.994	
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	€ 6.577.903.745	€ 6.795.677.467	
			include spesa regionale

DISPONIBILITÀ FINANZIARIE

Le risorse previste per garantire una crescita delle remunerazioni del personale sanitario convenzionato provengono in questo rinnovo contrattuale esclusivamente dai bilanci delle Aziende sanitarie tenute per legge ad accantonare una disponibilità corrispondente al tasso di inflazione programmata (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248).

Nel dettaglio, come già riferito nella presente relazione con l'Accordo per il triennio 2016-2018 vengono definite:

- le risorse pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti (0,5077% per l'anno 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011)
- gli ulteriori incrementi contrattuali disposti dalle leggi finanziarie già citate (0,36% per il 2016, 1,09% per il 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) .

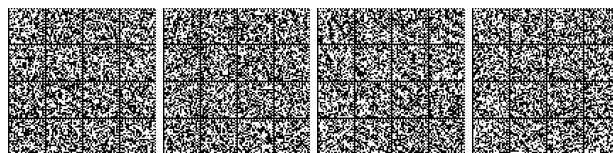


TABELLA n. 9 (disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018)

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (dal 1 gennaio al 31 agosto)	2018 (dal 1 settembre)
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09	1,09	3,48
TOTALE	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	1,11	1,84	1,84	4,23

Tuttavia, nell'Accordo in esame finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti, come da atto di indirizzo pervenuto dal Comitato di Settore, sono disponibili esclusivamente le risorse relative agli arretrati per gli anni 2010-2017 delle risorse di cui alla lettera a) del precedente capoverso e gli arretrati degli incrementi di cui alla lettera b) del precedente capoverso riferiti agli anni 2016-2017.

Le rimanenti risorse sono subordinate alla sottoscrizione dell'ACN normativo ed economico riferito al triennio 2016-2018 secondo gli atti di indirizzo già esitati dal Comitato di Settore.

Di conseguenza le risorse effettivamente disponibili per l'ACN in esame sono schematicamente riportate nella seguente tabella.

TABELLA n. 10 (disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017)

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09
TOTALE	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	1,11	1,84



Applicati alla base di calcolo per l'anno 2009 (risorse pari ad IVC dipendenti) e anno 2015 (arretrati su incrementi anni 2016 e 2017), i saggi di crescita delle retribuzioni generano, in riferimento all'ACN in esame (accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti), un costo teorico complessivo a regime dell'assistenza territoriale sanitaria pari ad euro **477,17 milioni di euro** ripartiti sul singolo settore come da tabelle seguenti.

In particolare tale valore teorico è dato dalla somma delle risorse erogate come arretrati dall'anno 2010 all'anno 2015 (**280,03 milioni di euro**) e quelle erogate come arretrati sugli incrementi relativi agli anni 2016 e 2017 (**197,14 milioni di euro**). Questi ultimi (anni 2016 e 2017) così come stabilito dalle disposizioni finanziarie avranno una base di calcolo composta: l'aliquota dello 0,75% (pari all'IVC) continuerà ad essere applicata sul costo base anno 2009; le aliquote incrementali ulteriori (0,36% anno 2016 e 1,09% anno 2017) saranno invece applicate sul costo base anno 2015.

TABELLA n. 11 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, RAP)	2010 (0,5077%)	2011 (0,75%)	2012 (0,75%)	2013 (0,75%)	2014 (0,75%)	2015 (0,75%)	TOTALE disponibilità teoriche 2010 - 2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.792	€ 24,33	€ 35,94	€ 35,94	€ 35,94	€ 35,94	€ 35,94	€ 204,03
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,58	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 172,56
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,71	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 22,69
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,26	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 2,17
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,79	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 6,60
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 972	€ 4,93	€ 7,29	€ 7,29	€ 7,29	€ 7,29	€ 7,29	€ 41,38
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 813	€ 4,13	€ 6,10	€ 6,10	€ 6,10	€ 6,10	€ 6,10	€ 34,62
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 3,60	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 30,23
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 0,17	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,41
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 0,36	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 2,98
TOTALE CONVENZIONE	€ 6.577	€ 33,39	€ 49,33	€ 49,33	€ 49,33	€ 49,33	€ 49,33	€ 280,03

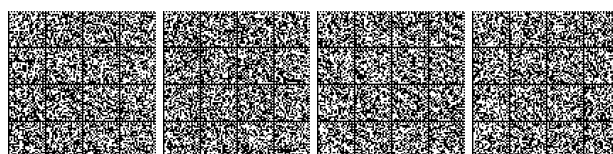


TABELLA n. 12 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) - valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2016 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	2016 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + Incremento 0,36% su costo 2015)	2017 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + Incremento 1,09% su costo 2016)	TOTALE disponibilità teoriche 2016 - 2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.792	€ 4.808	€ 53,25	€ 88,35	€ 141,60
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,96	€ 74,48	€ 119,43
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,99	€ 10,03	€ 16,01
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,58	€ 0,97	€ 1,55
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,73	€ 2,87	€ 4,60
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 972	€ 986	€ 10,84	€ 18,04	€ 28,88
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 813	€ 998	€ 9,69	€ 16,98	€ 26,67
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 867	€ 8,45	€ 14,78	€ 23,22
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 53	€ 0,44	€ 0,83	€ 1,26
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 78	€ 0,81	€ 1,38	€ 2,18
TOTALE CONVENZIONE	€ 6.577	€ 6.792	€ 73,78	€ 123,36	€ 197,14

Le risorse impegnate nell'accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti sono integralmente riferite ad arretrati; le risorse a regime, invece (non contenute nell'ACN in esame) dovranno necessariamente rispettare gli indirizzi della contrattazione e quindi operare prevalentemente all'interno di meccanismi di premialità a risultato.

A fronte di tali disponibilità teoriche per il riconoscimento degli arretrati complessivamente disposti, il presente Accordo definisce costi effettivi dei singoli settori che vengono di seguito riassunti nelle seguenti tabelle n. 13 e 14.

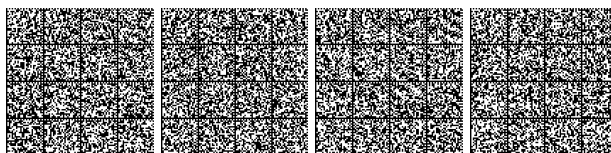


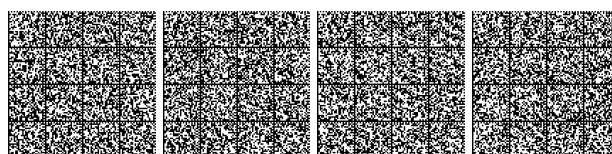
TABELLA n. 13 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2010	costo effettivo 2011	costo effettivo 2012	costo effettivo 2013	costo effettivo 2014	costo effettivo 2015	TOTALE costo effettivo 2010 - 2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.792	€ 24,04	€ 35,88	€ 35,88	€ 35,88	€ 35,88	€ 35,88	€ 203,46
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,33	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 171,34
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,63	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 22,91
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,25	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,37	€ 2,13
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,83	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 7,08
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 972	€ 4,89	€ 7,22	€ 7,22	€ 7,22	€ 7,22	€ 7,22	€ 40,99
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 813	€ 4,08	€ 5,95	€ 5,95	€ 5,95	€ 5,95	€ 5,94	€ 33,82
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 3,57	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 29,46
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 0,16	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,40
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 0,34	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 2,96
TOTALE CONVENZIONE	€ 6.577	€ 33,00	€ 49,05	€ 49,05	€ 49,05	€ 49,05	€ 49,05	€ 278,27

TABELLA n. 14 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2016 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2016	costo effettivo 2017	TOTALE costo effettivo 2016 - 2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 4.792	€ 4.808	€ 52,96	€ 88,39	€ 141,36
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,62	€ 74,18	€ 118,81
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,95	€ 10,15	€ 16,10
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,56	€ 0,96	€ 1,51
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,84	€ 3,11	€ 4,94
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 972	€ 986	€ 10,80	€ 17,97	€ 28,77
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 813	€ 998	€ 9,50	€ 16,76	€ 26,25
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 867	€ 8,27	€ 14,58	€ 22,85
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 53	€ 0,43	€ 0,82	€ 1,25
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 78	€ 0,79	€ 1,36	€ 2,16
TOTALE CONVENZIONE	€ 6.577	€ 6.792	€ 73,26	€ 123,13	€ 196,38

I valori di costo effettivo sono inclusivi degli oneri previdenziali e, per i settori a quota oraria, dell'IRAP a carico dell'Azienda; essendo disposti in forma di arretrati sugli stessi valori non è applicato il costo dell'assicurazione di malattia.



Di seguito si evidenziano anche i differenziali ed il saldo positivo minimo sugli incrementi riconosciuti nel periodo dal 2010 al 2015 (**pari a 1,76 milioni di euro**) e dal 2016 al 2017 (**pari a 0,75 milioni di euro**) per un totale pari **2,52 milioni di euro**.

TABELLA n. 15 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	TOTALE disponibilità teoriche 2010 - 2015	TOTALE costo effettivo 2010 - 2015	SALDO 2010 - 2015
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 204,03	€ 203,46	€ 0,57
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 172,56	€ 171,34	€ 1,22
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 22,69	€ 22,91	-€ 0,22
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 2,17	€ 2,13	€ 0,05
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 6,60	€ 7,08	-€ 0,48
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 41,38	€ 40,99	€ 0,40
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 34,62	€ 33,82	€ 0,80
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 30,23	€ 29,46	€ 0,77
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,41	€ 1,40	€ 0,01
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,98	€ 2,96	€ 0,02
TOTALE CONVENZIONE	€ 280,03	€ 278,27	€ 1,76



TABELLA n. 16 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017) - valori in milioni di euro.

MEDICINA CONVENZIONATA	TOTALE disponibilità teoriche 2016 - 2017	TOTALE costo effettivo 2016 - 2017	SALDO 2016 - 2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 141,60	€ 141,36	€ 0,24
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 119,43	€ 118,81	€ 0,63
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 16,01	€ 16,10	-€ 0,08
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 1,55	€ 1,51	€ 0,03
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 4,60	€ 4,94	-€ 0,34
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 28,88	€ 28,77	€ 0,10
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 26,67	€ 26,25	€ 0,41
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 23,22	€ 22,85	€ 0,37
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,26	€ 1,25	€ 0,02
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,18	€ 2,16	€ 0,02
TOTALE CONVENZIONE	€ 197,14	€ 196,38	€ 0,75

Si evidenzia, infine, che il testo contrattuale di ogni area viene configurato sul piano della tecnica normativa secondo il principio di stratificazione sequenziale dei contratti collettivi successivi. Questi ultimi confermano le disposizioni vigenti, fatte salve puntuali, ed esplicite abrogazioni/integrazioni.



PARTE II – ACN MEDICINA GENERALE

ANALISI ILLUSTRATIVA DELLE DISPOSIZIONI

Si commentano di seguito, articolo per articolo, le variazioni introdotte, illustrandone anche l'entità degli eventuali oneri diretti o indiretti alle stesse associazioni, stimabili ai fini della presente relazione.

Premessa

Il testo in esame richiama le motivazioni che hanno indotto il Comitato di Settore a promuovere la sottoscrizione di un Accordo che, ferme restando le indicazioni contenute negli atti di indirizzo già esitati ed in attesa di concludere la contrattazione completa del triennio 2016-2018 (normativo ed economico), provveda ad affrontare in modo tempestivo alcune priorità che attengono:

- 1) la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);
- 2) la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;
- 3) la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali.

Il testo in esame esplicita altresì, come già riportato nella parte I della presente relazione tecnica, il riferimento alle modalità di erogazione delle risorse assegnate alla contrattazione a fronte del perseguimento in sede negoziale delle predette priorità. In particolare vengono finalizzate a tale scopo le risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017.



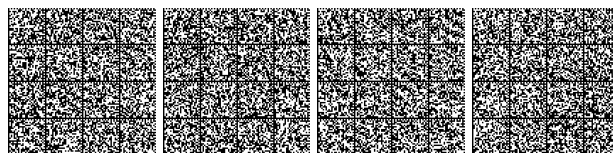
Tale premessa, avendo carattere meramente dispositivo ed esplicativo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 1 – Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale

L'articolo introduce appunto il riferimento agli obiettivi di politica sanitaria nazionale da perseguire attraverso la contrattazione decentrata di settore in attuazione della programmazione regionale.

Il **comma 1 (unico)** nel confermare appunto la priorità della programmazione regionale nell'opera di perseguimento degli obiettivi disposti dai piani nazionali sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, stabilisce che ciò avvenga anche attraverso la definizione nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera a)** richiama il Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.) esitato con l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Tale richiamo dispone l'impegno delle Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. L'obiettivo sancito è quello del miglioramento delle condizioni di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche ad opera di tutti gli attori operanti nel SSN. Il PNC prevede che ciò avvenga attraverso il rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni condividendo i percorsi di cura attraverso i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali). In tale quadro generale gli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, declinano i criteri di partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure che si esplicano nella defini-



zione del Piano di cura e nella stipula del Patto di cura previsti dallo stesso PNC e definiscono il ruolo di tali medici nell'ambito del coordinamento clinico. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera b)** richiama il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) adottato l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019». L'obiettivo della riduzione del carico di malattie infettive prevenibili da vaccino è definito come priorità nazionale da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il PNPV dispone un calendario nazionale delle vaccinazioni offerte alla popolazione per fasce d'età ovvero in riferimento a particolari categorie a rischio. Il modello organizzativo definito con la programmazione regionale garantisce l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale ed in tale contesto gli AAIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle attività collegate. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera c)** richiama la problematica dell'accesso improprio al pronto soccorso affrontata, tra gli altri atti di livello nazionale, con l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale. Vengono richiamate nella lettera in esame le motivazioni che pongono in essere la necessità di avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio di salute. Dal lato della disciplina contrattuale che si occupa di regolare i rapporti tra i medici di medicina generale ed il SSN, l'ipotesi di ACN in esame dispone che in sede di programmazione regionale cui conseguono gli accordi regionali, si preveda l'integrazione nelle reti territoriali dei medici di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio. Tale integrazione è finalizzata alla garanzia



della continuità dell'assistenza la quale consente di evitare o ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso per le prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate con benefici in termini assistenziali e di efficienza del sistema. In riferimento a tale ultimo aspetto citato l'ACN richiama anche la possibilità per gli AAIIRR di coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

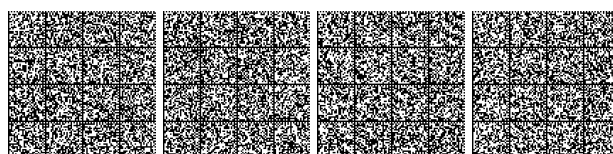
La **lettera d)** esplicita il riferimento alla questione del governo delle liste d'attesa e appropriatezza affrontato in ambito nazionale con l'Intesa Stato-Regioni, n. 189/CSR del 28 ottobre 2010, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012. Ferma restando anche in tal caso la preventiva programmazione regionale, in sede di accordo decentrato di livello regionale si prevede il coinvolgimento e la partecipazione dei medici di assistenza primaria ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, distinguendo tra i primi accessi ed i percorsi di follow-up, nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle norme vigenti. I processi di budgeting aziendali potranno prevedere il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale in particolare per l'erogazione delle prestazioni. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 1 – *Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 2 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore dell'ACN in esame, l'integrale sostituzione dell'**art. 15** dell'ACN 23 marzo 2005 e smi.

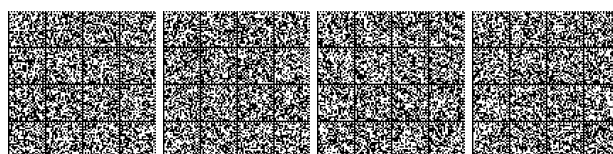
ANALISI DELL'**ARTICOLO 15** (SOSTITUITO)



Il **comma 1** ai sensi del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. dispone la previsione secondo la quale i medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità. La graduatoria è unica ed afferisce tutti i settori della medicina generale (assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi territoriali ed emergenza sanitaria territoriale). L'ipotesi di ACN prevede che la stessa graduatoria è redatta con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico ed al rispetto dei tempi previsti. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** precisa che i medici che aspirino all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 17, comma 2, lettere *b)* (fruizione del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale – nuova formulazione introdotta dall'**art. 8, comma 1** dell'ACN in esame – vedi *infra*) e *f)* (fruizione del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente ad eccezione del caso dei beneficiari delle sole prestazioni previdenziali erogate dalla "quota A" del Fondo di previdenza generale dell'ENPAM - nuova formulazione introdotta dall'**art. 8, comma 2** dell'ACN in esame – vedi *infra*). I medici che aspirano all'iscrizione in graduatoria devono possedere alla scadenza del termine di presentazione della domanda i requisiti elencati nel successivo elenco. In particolare l'ipotesi di ACN in esame modifica le previgenti clausole negoziali esplicitando alla **lettera a)** la necessità di possesso del requisito della cittadinanza italiana cui, in ossequio alla normativa europea sulla libera circolazione dei lavoratori, viene aggiunto il riferimento alla cittadinanza di altro Paese appartenente alla UE e ad eventuali ulteriori equiparazioni disposte dalle leggi vigenti in ottemperanza ad accordi bilaterali tra l'Italia ed altri Stati.

Alla successiva **lettera c)** il testo contrattuale viene adeguato alla luce delle revisioni normative intervenute. Nella stessa lettera viene introdotta una delle innovazioni che caratterizzano l'ACN in esame in particolare riferimento all'obiettivo di favorire il ricambio generazionale agevolando l'accesso di nuovi medici agli incarichi di medicina generale. Infatti, si introduce nella lettera in esame la possibilità che la domanda di iscrizione in graduatoria possa essere presentata anche dai medici frequentanti l'ultimo anno del corso di formazione



specifica in medicina generale i quali nell'anno in questione acquisiranno il titolo utile. Costoro, ferma la possibilità di presentare la domanda entro il 31 gennaio di ciascun anno, saranno tenuti ad esibire il titolo effettivamente conseguito (anche a mezzo di autocertificazione) entro il 15 settembre del medesimo anno (termine disposto per rispettare il limite di pubblicazione della graduatoria provvisoria di cui al successivo **comma 5**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

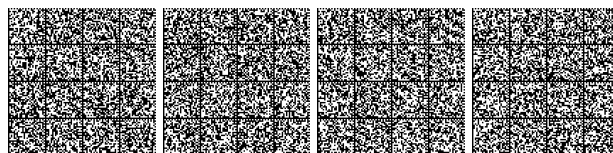
Il **comma 3** innova la procedura di trasmissione della domanda da parte dei medici aspiranti all'iscrizione in graduatoria. Si prevede che la domanda sia trasmessa entro il termine del 31 gennaio a mezzo di procedura telematica definita dalla Regione. La domanda, completa del bollo ai sensi della normativa vigente, unitamente alla dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante i requisiti, i titoli accademici, di studio e di servizio, viene trasmessa all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda individuata dalla Regione.

Si precisa che i titoli accademici, di studio e di servizio, ulteriori rispetto a quelli riguardanti il titolo di formazione in medicina generale (prerequisito) possono essere valutati ai fini del punteggio solo se posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

L'ulteriore innovazione introdotta con l'ipotesi di ACN in esame è quella contenuta nel successivo capoverso dello stesso **comma 3** ed attiene la precisazione che la domanda deve essere presentata ogni anno. La Regione o la Azienda da questa individuata potranno far riferimento al punteggio già conseguito dal richiedente nella precedente graduatoria qualora il medico non dichiari nella domanda per l'anno modifiche ai titoli conseguiti.

Da ultimo, si dispone che la Regione possa prevedere la facoltà del medico di esprimere la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali finalizzate al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, già all'atto della domanda di iscrizione nella graduatoria regionale. Tale clausola, avendo carattere meramente dispositivo ed organizzativo, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 4** si dispone che l'amministrazione regionale o l'Azienda individuata dalla Regione, predisponga sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione pre-



visti dall'ACN al successivo art. 16 la graduatoria specificando accanto a ciascun nominativo il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso o meno del titolo di formazione specifica in medicina generale. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 5** prevede che la graduatoria provvisoria venga resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Nei successivi 15 giorni i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda da questo individuata eventuale istanza motivata di riesame della posizione in graduatoria. Entro il 30 novembre l'Assessorato regionale alla Sanità provvede alla pubblicazione della graduatoria definitiva sul bollettino ufficiale della Regione, disponendone altresì la pubblicazione sul sito istituzionale. Queste pubblicazioni costituiscono notificazioni ufficiali.

Da ultimo, la clausola sancisce che la graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 6** attiene alle graduatorie aziendali dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione. Fatte salve diverse determinazioni in sede di Accordo Integrativo Regionale riguardanti una diversa tempistica, le Aziende, entro 15 giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale definitiva, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di tali graduatorie aziendali. Gli incarichi di cui al presente comma vengono conferiti secondo l'ordine di priorità che segue: medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio e medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. Per l'affidamento delle sole sostituzioni, ai sensi dell'art. 19, comma 1, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, dopo le due categorie elencate per gli incarichi, vengono considerati in successiva priorità i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale e in seguito i medici che abbiano conseguito l'abilitazione professionale dopo il 31 dicembre 1994 ed infine i medici iscritti ai corsi di specializzazione. Si precisa che rispetto alla previgente clausola contrattuale (cfr. norma finale n. 5) l'ACN in esame sancisce il vincolo delle sole sostituzioni per i medici che abbiano conseguito l'abilitazione professionale



dopo il 31 dicembre 1994 e privi del diploma di formazione specifica di medicina generale. Il presente comma non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 7** viene ribadita la necessità di apposizione del bollo sulla domanda presentata per la partecipazione alle graduatorie di disponibilità Aziendale. Tali domande debbono essere trasmesse alla Azienda di riferimento entro 30 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione dell'avviso da parte dell'Azienda stessa sul proprio sito istituzionale; fatto salvo il caso in cui ai sensi del precedente **comma 3** i medici aspiranti, già iscritti nella graduatoria regionale, non abbiano espresso in quella sede la richiesta di inclusione anche nelle graduatorie aziendali di disponibilità. Lo stesso comma precisa altresì quale sia l'ordine di graduazione dei medici che appartengono alle categorie elencate da b) ad e) nel precedente comma, indicando il criterio preventivo della minore età al conseguimento della laurea, in seguito del voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 8** precisa che i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN possono partecipare per graduatoria solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari. Pertanto tali medici potranno concorrere esclusivamente per trasferimento. Tale clausola essendo di carattere meramente dispositivo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il seguente **comma 9** sancisce che i medici che accettano un incarico ai sensi dell'ACN non possono concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi nel medesimo settore in cui già operano in base alla medesima graduatoria regionale. Anche tale clausola essendo di carattere meramente dispositivo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 10** si stabilisce che la Regione possa dare attuazione all'articolo in esame anche adottando differenti modalità di trasmissione delle domande rispetto a quella a mezzo procedura informatizzata in precedenza indicato (cfr. **comma 1**), purché tali diverse modalità garantiscano comunque la semplificazione dell'iter amministrativo, la riduzione degli adempimenti dei medici aspi-



ranti all'incarico e la limitazione degli oneri sostenuti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 2 – *Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 3 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore dell'ACN in esame, l'integrale sostituzione dell'**art. 16** dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

ANALISI DELL'ARTICOLO 16 (SOSTITUITO)

Il **comma 1** ripropone il testo del medesimo comma contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. contenente le indicazioni dei punteggi per i titoli accademici, di studio e di servizio.

Rispetto al testo previgente, l'ACN in esame introduce innovazioni al **punto I, lett. d)** unificando ed uniformando in un'unica clausola negoziale i punteggi relativi alle specializzazioni in discipline equipollenti ed affini alla medicina generale. A tali titoli di studio viene assegnato un punteggio pari a 0,50. Inoltre la stessa clausola in esame elimina i riferimenti alla libera docenza nelle medesime discipline.

Al **punto I, lett. e)** viene effettuata una mera ricognizione della normativa vigente in merito al titolo di formazione specifica in medicina generale.

Vengono inoltre introdotti *ex novo* i punteggi aggiunti in riferimento al **punto I, lett. f) e g)** che contengono rispettivamente un riferimento alla conoscenza della lingua inglese certificata ad un livello non inferiore al B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) e la conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL). Ad entrambi tali titoli viene assegnato un punteggio pari a 0,20.

Al seguente **punto II** del medesimo comma si provvede a precisare alla **lett. a)** l'ambito di assegnazione del relativo punteggio specificando che va attribuito



in riferimento al possesso di titolo di servizio con incarico a tempo indeterminato o provvisorio nell'assistenza primaria; viene altresì espunto il riferimento all'attività svolta in forma associata. Alla **lett. b)** ed alla **lett. c)** vengono effettuati meri adeguamenti del testo con precisazioni sulla portata della clausola con inclusione del riferimento agli incarichi provvisori. Le previgenti lett. c1), c2), c3) ottengono una nuova numerazione nell'elenco dei titoli di servizio (rispettivamente **lett. d)**, **e)** ed **h)**). La lett. d) del previgente ACN viene rinumerata con assegnazione della **lett. j)** precisando che il relativo punteggio è assegnato in relazione ai turni di reperibilità programmata. Il riferimento al servizio di attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche è traslato dalla previgente lett. e) alla **lett. i)** dell'ACN in esame. Il servizio militare di leva (ex lett. f) viene spostato alla **lett. m)**. La previgente lett. g) oltre a subire uno spostamento nell'ordine, passando alla **lett. n)**, contiene la precisazione che il servizio civile cui ci si riferisce è esclusivamente quello espletato ai sensi della Legge 64/2001; ciò a mera precisazione del previgente testo negoziale. Nei casi di elevazione di punteggio di cui alle **lett. m)** ed **n)** si precisa che il concomitante incarico convenzionale deve essere nell'area della medicina generale". La lett. h) del previgente ACN viene spostata alla **lett. k)** lasciando invariato il contenuto. La lett. i) del previgente ACN assume la **lett. l)** nell'attuale elencazione chiarendo che il servizio cui ci si riferisce è il servizio convenzionato di assistenza sanitaria ai naviganti. Il servizio della previgente lett. l) viene suddiviso rispettivamente nelle **lett. f)** e **g)** per quanto concerne l'attività svolta presso gli istituti penitenziari (in particolare la **lett. f)** per il servizio effettuato in rapporto di convenzionamento con il SSN a seguito del trasferimento delle competenze del settore, mentre la **lett. g)** per l'attività svolta dai medici incaricati ex L. 740/1970) e nella **lett. o)** per quanto attiene la valutazione dell'attività di Ufficiale medico militare in S.P.E. e medico della Polizia di Stato. Le previgenti lett. m) e n) vengono spostate rispettivamente alle **lett. p)** e **q)** e per quest'ultima vengono adeguati i riferimenti normativi. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** ripropone il testo del medesimo comma contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. con una mera correzione testuale al fine di rendere maggiormente intellegibile il testo. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



Anche il **comma 3** rispetto al previgente contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. con una prima correzione testuale viene incluso il servizio afferente ai settori precedentemente elencati (continuità assistenziale, medicina dei servizi ed emergenza sanitaria territoriale) sotto l'unica dizione "calcolato su base oraria"; con una seconda correzione viene precisato che per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà delle ore di servizio valutabili ai sensi delle precedenti lettere (ad esempio **comma 1, punto II, lett. c), lett. d), lett. e)** ecc.). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** precisa che per servizio effettivo ai sensi dell'articolo in esame si intendono le sole ore di attività svolta e pertanto i periodi di sospensione dall'attività convenzionale (di cui all'art. 18, comma 2 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.) non concorrono al computo ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 5** nel riprendere il contenuto del previgente ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. chiarisce che i titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo ad eccezione della reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale di cui al **comma 1, punto II, lett. j)**. Viene altresì ribadito che in caso di servizi concomitanti si valuta esclusivamente il servizio che comporta il punteggio più alto. L'attività svolta durante il conseguimento del titolo di formazione specifica in medicina generale non è valutabile mentre quello prestato durante un corso di specializzazione equipollente o affine alla medicina generale è valutato in alternativa al titolo di studio. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 6** corrispondente al previgente comma 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. ribadisce che a parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



Il **comma 7** corrispondente al previgente comma 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. precisa che non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate nell'articolo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 3 – *Titoli per la formazione della graduatoria regionale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 4 – Esercizio del diritto di sciopero

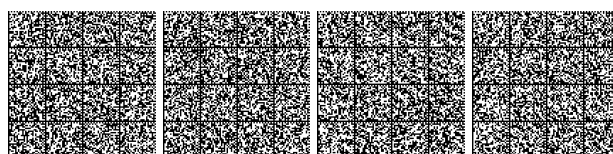
L'articolo in esame, con unico **comma 1**, dispone l'integrale sostituzione dell'**art. 31** dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. rinviando all'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale, che viene introdotto ex novo come Allegato 1 del vigente ACN (vedi *infra* art.11).

L'intero articolo 4 – *Esercizio del diritto di sciopero* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 5 – Procedure per l'assegnazione di incarichi di assistenza primaria

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di assistenza primaria, l'integrale sostituzione dell'**art. 34** dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Tale comma apporta diverse novità derivanti dalla decisione del Comitato di Settore assunta nell'atto di indirizzo di agevolare il ricambio generazionale, favorendo l'accesso dei medici agli incarichi di cui trattasi attraverso meccanismi e procedure che consentono la spendibilità del titolo acquisito o in corso di acquisizione al momento della disponibilità effettiva degli incarichi.



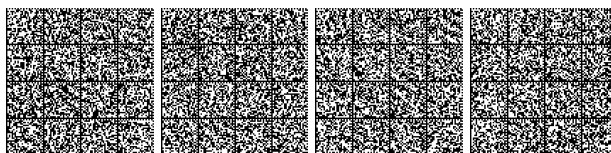
ANALISI DELL'ARTICOLO 34 (SOSTITUITO)

Al **comma 1** si stabilisce che entro la fine di marzo di ciascun anno la Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 33 del vigente ACN. La clausola introduce altresì la novità per la Regione di pubblicare anche gli incarichi che si renderanno disponibili nel corso dell'anno. Tale caso è dato in particolare dai medici che cesseranno il loro rapporto di lavoro con le Aziende per sopraggiunti limiti di età (70 anni). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** prevede che all'atto di pubblicare gli incarichi, fermo restando l'ambito di iscrizione negli elenchi di scelta del medico, l'Azienda possa indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale (c.d. "prescrizione di zona"). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 3**, in conseguenza a quanto disposto dal precedente comma, sancisce la prescrizione di zona come vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata. Il vincolo si protrae per un periodo di tre anni dall'iscrizione nell'elenco dei medici di assistenza primaria. Decorso tale termine il medico interessato può richiedere che l'Azienda, in sede di pubblicazione degli incarichi, indichi la zona stessa agli effetti dell'apertura dello studio medico a carico del neo-inserito. Al momento in cui il neo-inserito subentra con l'apertura del proprio studio medico nella zona prescritta, il medico precedentemente interessato dal vincolo può procedere al trasferimento del proprio studio medico. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** prevede che i medici aspiranti presentino entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al **comma 1** alla Regione o al soggetto da questa individuato la domanda di assegnazione per uno o più incarichi vacanti, corredata del bollo secondo la normativa vigente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

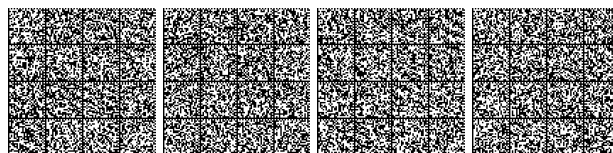


Il **comma 5** definisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, i soggetti che possono concorrere agli incarichi e il relativo ordine di priorità, disponendo primariamente per i trasferimenti (**lett. a**) ed in seguito per i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**lett. b**). Per tali medici restano immutate le condizioni e le prescrizioni già indicate nel previgente ACN che vengono meramente revisionate dal punto di vista dell'esposizione lessicale per renderne maggiormente chiaro ed intellegibile il testo. A queste due categorie sono aggiunti con ultima priorità (**lett. c**) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Questi ultimi dovranno autocertificare il possesso del diploma all'atto della presentazione della domanda di cui al **comma 4**. Tale ultima lettera consente dunque a tutti coloro che per qualsiasi motivo (gravidanza, malattia, ecc...) abbiano ritardato la acquisizione del titolo oltre il termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (31 gennaio dell'anno precedente) e fino alla domanda di assegnazione degli incarichi (**comma 4**), di partecipare alle procedure di conferimento degli stessi. Tale clausola, essendo di carattere meramente dispositivo e procedurale, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 6** precisa che i medici già titolari di incarico di assistenza primaria a tempo indeterminato possano partecipare solo per trasferimento. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Tra gli aspiranti, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 5, lett. a**) sono graduati secondo il dettato del successivo **comma 7**, in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dagli incarichi della medicina generale ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**comma 5, lett. b**) sono graduati invece dal **comma 8** in esame nell'ordine risultante dagli elencati **punti a), b) e c)** che seguono.



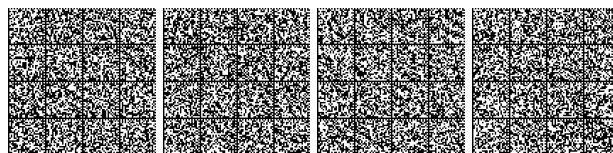
In particolare la **lett. a)** riferisce al punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 cui vanno aggiunti, ai sensi della **lett. b)**, punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico e, ai sensi della **lett. c)**, punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico. Come già previsto nel previgente Accordo, tali punteggi aggiuntivi sono sommati nel caso in cui le fattispecie previste dalle lettere b) e c) si verifichino contemporaneamente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Da ultimo, il **comma 9** determina i criteri di graduazione dei medici di cui al **comma 5, lettera c)** secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 10** prevede che, in caso di pari posizione in graduatoria, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 5, lett. a)**) e quelli presenti in graduatoria (**comma 5, lett. b)**) siano ordinati secondo la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 11** dispone in merito ai criteri di formulazione delle graduatorie per gli incarichi vacanti, stabilendo che vengano stilate sulla base dell'anzianità per i trasferimenti, dei relativi punteggi posseduti e degli ulteriori criteri indicati per coloro che partecipano ai sensi del **comma 5, lett. c)** e precisando che accanto a ciascun nominativo siano indicati gli incarichi per cui concorre. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 12** si disciplinano i criteri e l'ordine di interpello dei medici di cui al **comma 5**. Si precisa dunque che in primo luogo vengono interpellati i medici che concorrono per trasferimento (**lett. a)**), in seguito i medici in graduatoria



(lett. b)) applicando le percentuali di riserva indicate al successivo comma e infine i medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria (lett. c)). Questi ultimi sono interpellati avendo cura di assegnare priorità ai residenti nell'ambito carente, quindi a quelli residenti in Azienda, in seguito nella Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel seguente **comma 13** sono individuate le percentuali di riserva applicate dalle Regioni sul numero complessivo di incarichi disponibili per l'assegnazione ai medici di cui al **comma 5, lett. b)** (iscritti in graduatoria). Tali percentuali, nella presente tornata negoziale, sono variate nel loro parametro minimo in favore dei possessori del titolo di formazione specifica in medicina generale (80%). Ciò è dovuto alla crescente riduzione di medici provvisti di titolo equipollente (cui è assegnata una quota del 20% - abilitati prima del 31 dicembre 1994). La percentuale, comunque, è variata nel limite già identificato dal previgente ACN; l'Accordo in esame elimina il tasso di variabilità riconosciuto nelle facoltà delle singole regioni. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 14** si precisa che qualora si determinino carenze di domande riferibili ad una delle percentuali di cui al comma precedente, gli incarichi ancora disponibili vengano assegnati all'altra percentuale di riserva. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

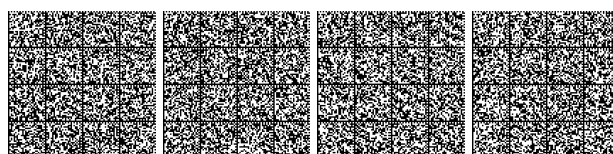
Il **comma 15** precisa che ciascun medico possa proporre la propria domanda esclusivamente per una delle percentuali di riserva; tale precisazione va effettuata all'atto della presentazione della domanda. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel **comma 16** dell'articolo in esame, l'ACN determina i criteri di calcolo in base alle percentuali di riserva di cui al **comma 13**. E' stabilito che i quozienti frazionari derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva siano approssimati all'unità più vicina. Qualora si determini un quoziente frazionale identico per entrambe le riserve, il posto è assegnato alla riserva più bassa. Tale



clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel seguente **comma 17** viene introdotta un'altra delle novità dell'Accordo in esame derivante dalla necessità già citata di favorire l'accesso dei medici negli incarichi disponibili. L'evidenza rilevata mostra infatti una scarsa propensione alla mobilità nella richiesta di lavoro tra regioni in cui c'è una elevata offerta di posti disponibili e quelle in cui viceversa ad essere elevata risulta la domanda. Questa situazione ha reso evidente la necessità di una maggiore divulgazione, attraverso un sistema centralizzato, dell'offerta di incarichi vacanti e non ricoperti attraverso le procedure già illustrate (graduatoria, pubblicazione incarichi, ecc.). Tale sistema è stato identificato nel portale istituzionale della SISAC (www.sisac.info) che renderà disponibili alle Regioni la possibilità di pubblicare l'evidenza della carenza rimasta vacante dei posti offerti, consentendo la conoscenza di tale disponibilità a tutti i medici sul territorio nazionale. Il sistema prevede che la Regione o il soggetto da questa individuato per la procedura, renda altresì evidente sul proprio sito web la data di pubblicazione da parte della SISAC. Da tale data decorre il termine di 30 giorni per la presentazione delle domande, in regola con la vigente normativa sul bollo, da parte dei medici, purché costoro non siano titolari di altro incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria. La domanda viene trasmessa dai medici interessati alla Regione o al soggetto da questa individuato che procede alla valutazione secondo uno specifico ordine di priorità. Vengono prioritariamente valutate le domande dei medici inseriti nelle graduatorie di altre regioni (**lett. a**) i quali sono graduati fra loro sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza; in caso di parità di punteggio prevale la minore età, il voto di laurea, ed infine l'anzianità di laurea. In seguito vengono valutate le domande dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (**lett. b**) i quali sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. All'atto dell'interpello tra i medici di cui alla **lett. b**) si assegna priorità ai medici residenti nell'ambito carente, poi nell'Azienda, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



Al fine di semplificare le procedure la Regione o il soggetto da questa individuato indica sin dall'avviso di pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità definite dalla stessa Regione, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 giorni. Il **comma 18** prevede che tali modalità e termini si applichino anche per la procedura definita al precedente **comma 17**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 19** è chiarito che il medico interpellato, deve a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta ovvero rinunciare all'assegnazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 20** prevede che la mancata presentazione all'atto dell'interpello, da parte del medico, costituisce rinuncia all'incarico, fatto salvo il caso del medico impossibilitato a presentarsi il quale può dichiarare, secondo le modalità definite dalla Regione ovvero qualora la Regione non abbia definito una modalità specifica attraverso un telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha presentato domanda. In questa ipotesi al medico viene attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 21** è chiarito che il medico che accetta l'incarico in forza di un trasferimento decade dall'incarico di provenienza. E' stabilito altresì che in quest'ultimo caso il medico debba comunque garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso disposto dall'art. 19, comma 1, lett. c) del vigente ACN (un mese). La clausola sancisce infine che la rinuncia o la decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 22** dispone in merito alle questioni inerenti le eventuali incompatibilità ancora sussistenti. In particolare si precisa che il medico debba rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica all'atto dell'assegnazione dell'incarico. Qualora sussistano eventuali situazioni di incompatibilità (cfr. art. 17 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.), esse debbono essere risolte all'atto di assegnazione dell'incarico e comunque cessa-



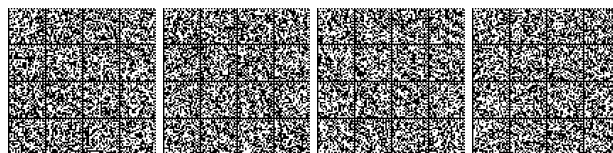
re prima del conferimento dello stesso. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 23** riporta le formalità procedurali in carico alle Regioni o al soggetto da queste individuato, all'espletamento della assegnazione degli incarichi. Viene effettuato l'invio degli atti alle Aziende interessate alla presa in carico del rapporto di lavoro da instaurare ed in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione si dispone la comunicazione all'Azienda di provenienza dell'accettazione dell'incarico anche ai fini di dare seguito alle previste decadenze di cui al **comma 21**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel caso di assegnazione di incarico di assistenza primaria ad un medico già titolare di incarico di continuità assistenziale in altra Regione, il **comma 24** prevede che sia comunicato all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento del nuovo incarico per consentire a quest'ultima la verifica di eventuali situazioni di incompatibilità e i conseguenti effetti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Come clausola di chiusura delle procedure di assegnazione degli incarichi nell'ambito dell'assistenza primaria, il **comma 25** prevede comunque la possibilità per la Regione, o soggetto da questa individuato, esperite le procedure di cui ai **commi 1 e 17**, di procedere per sopravvenute esigenze straordinarie, alla pubblicazione in corso d'anno di ulteriori avvisi per l'assegnazione di ambiti territoriali vacanti. Si applicano anche in tal caso le medesime procedure ed i medesimi termini previsti nell'articolo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 5 – *Procedure per l'assegnazione di incarichi di assistenza primaria* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



ART. 6 – Procedure per l'assegnazione di incarichi di continuità assistenziale

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di continuità assistenziale, l'integrale sostituzione dell'**art. 63** dell'ACN 23 marzo 2005 e smi.

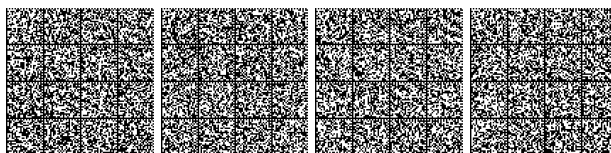
Tale comma, analogamente a quanto già esposto all'**art. 5** dell'ACN in esame, apporta diverse novità derivanti dalla decisione del Comitato di Settore assunta nell'atto di indirizzo di agevolare il ricambio generazionale, favorendo l'accesso dei medici agli incarichi di cui trattasi attraverso meccanismi e procedure che consentono la spendibilità del titolo acquisito o in corso di acquisizione al momento della disponibilità effettiva degli incarichi.

ANALISI DELL'ARTICOLO 63 (SOSTITUITO)

Al **comma 1** si stabilisce che entro la fine di marzo di ciascun anno la Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 64 del vigente ACN. La clausola introduce altresì la novità per la Regione di pubblicare anche gli incarichi che si renderanno disponibili nel corso dell'anno. Tale caso è dato in particolare dai medici che cesseranno il loro rapporto di lavoro con le Aziende per sopraggiunti limiti di età (70 anni). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** prevede che i medici aspiranti presentino entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al **comma 1** alla Regione o al soggetto da questa individuato la domanda di assegnazione per uno o più incarichi vacanti, corredata del bollo secondo la normativa vigente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 3** definisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, i soggetti che possono concorrere agli incarichi e il relativo ordine di priorità, disponendo primariamente per i trasferimenti (**lett. a)** ed in seguito per i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**lett.**



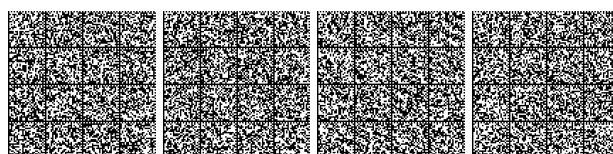
b)). Per tali medici restano immutate le condizioni e le prescrizioni già indicate nel previgente ACN che vengono meramente revisionate dal punto di vista dell'esposizione lessicale per renderne maggiormente chiaro ed intellegibile il testo. A queste due categorie sono aggiunti con ultima priorità (**lett. c)**) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Questi ultimi dovranno autocertificare il possesso del diploma all'atto della presentazione della domanda di cui al **comma 2**. Tale ultima lettera consente dunque a tutti coloro che per qualsiasi motivo (gravidanza, malattia, ecc...) abbiano ritardato la acquisizione del titolo oltre il termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (31 gennaio dell'anno precedente) e fino alla domanda di assegnazione degli incarichi (**comma 2**), di partecipare alle procedure di conferimento degli stessi. Tale clausola, essendo di carattere meramente dispositivo e procedurale, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 4** precisa che i medici già titolari di incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato possano partecipare solo per trasferimento. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Tra gli aspiranti, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 3, lett. a)**) sono graduati secondo il dettato del successivo **comma 5**, in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dagli incarichi della medicina generale ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**comma 3, lett. b)**) sono graduati invece dal **comma 6** in esame nell'ordine risultante dagli elencati **punti a), b) e c)** che seguono.

In particolare la **lett. a)** riferisce al punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 cui vanno aggiunti, ai sensi della **lett. b)**, punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico e per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del



termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico e, ai sensi della **lett. c)**, punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico. Come già previsto nel previgente Accordo, tali punteggi aggiuntivi sono sommati nel caso in cui le fattispecie previste dalle lettere b) e c) si verifichino contemporaneamente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Da ultimo, il **comma 7** determina i criteri di graduazione dei medici di cui al **comma 3, lettera c)** secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 8** prevede che, in caso di pari posizione in graduatoria, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 3, lett. a)**) e quelli presenti in graduatoria (**comma 3, lett. b)**) siano ordinati secondo la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 9** dispone in merito ai criteri di formulazione delle graduatorie per gli incarichi vacanti, stabilendo che vengano stilate sulla base dell'anzianità per i trasferimenti, dei relativi punteggi posseduti e degli ulteriori criteri indicati per coloro che partecipano ai sensi del **comma 3, lett. c)** e precisando che accanto a ciascun nominativo siano indicati gli incarichi per cui concorre. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 10** si disciplinano i criteri e l'ordine di interpello dei medici di cui al **comma 3**. Si precisa dunque che in primo luogo vengono interpellati i medici che concorrono per trasferimento (**lett. a)**), in seguito i medici in graduatoria (**lett. b)**) applicando le percentuali di riserva indicate al successivo comma e infine i medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza del termine per la presentazione della



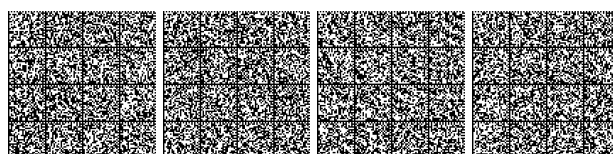
domanda di inclusione in graduatoria (**lett. c)**). Questi ultimi sono interpellati avendo cura di assegnare priorità ai residenti nel territorio aziendale, quindi a quelli residenti in Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel seguente **comma 11** sono individuate le percentuali di riserva applicate dalle Regioni sul numero complessivo di incarichi disponibili per l'assegnazione ai medici di cui al **comma 3, lett. b)** (iscritti in graduatoria). Tali percentuali, nella presente tornata negoziale, sono variate nel loro parametro minimo in favore dei possessori del titolo di formazione specifica in medicina generale (80%). Ciò è dovuto alla crescente riduzione di medici provvisti di titolo equipollente (cui è assegnata una quota del 20% - abilitati prima del 31 dicembre 1994). La percentuale, comunque, è variata nel limite già identificato dal previgente ACN; l'Accordo in esame elimina il tasso di variabilità riconosciuto nelle facoltà delle singole Regioni. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 12** si precisa che qualora si determinino carenze di domande riferibili ad una delle percentuali di cui al comma precedente, gli incarichi ancora disponibili vengano assegnati all'altra percentuale di riserva. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 13** precisa che ciascun medico possa proporre la propria domanda esclusivamente per una delle percentuali di riserva; tale precisazione va effettuata all'atto della presentazione della domanda. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel **comma 14** dell'articolo in esame, l'ACN determina i criteri di calcolo in base alle percentuali di riserva di cui al **comma 11**. E' stabilito che i quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva siano approssimati all'unità più vicina. Qualora si determini un quoziente frazionale identico per entrambe le riserve, il posto è assegnato alla riserva più bassa. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



Anche nel **comma 15** si assolve alla già rappresentata necessità di favorire l'accesso dei medici negli incarichi disponibili. L'evidenza rilevata mostra infatti una scarsa propensione alla mobilità nella richiesta di lavoro tra Regioni in cui c'è una elevata offerta di posti disponibili e quelle in cui viceversa ad essere elevata risulta la domanda.

Questa situazione ha reso evidente la necessità di una maggiore divulgazione, attraverso un sistema centralizzato, dell'offerta di incarichi vacanti e non ricoperti attraverso le procedure già illustrate (graduatoria, pubblicazione incarichi, ecc.). Tale sistema è stato identificato nel portale istituzionale della SISAC (www.sisac.info) che renderà disponibile alle Regioni la possibilità di pubblicare l'evidenza della carenza rimasta vacante dei posti offerti, consentendo la conoscenza di tale disponibilità a tutti i medici sul territorio nazionale. Il sistema prevede che la Regione o il soggetto da questa individuato per la procedura, renda altresì evidente sul proprio sito web la data di pubblicazione da parte della SISAC. Da tale data decorre il termine di 30 giorni per la presentazione delle domande, in regola con la vigente normativa sul bollo, da parte dei medici, purché costoro non siano titolari di altro incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale. La domanda viene trasmessa dai medici interessati alla Regione o al soggetto da questa individuato che procede alla valutazione secondo uno specifico ordine di priorità. Vengono prioritariamente valutate le domande dei medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni (**lett. a**) i quali sono graduati fra loro sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza; in caso di parità di punteggio prevale la minore età, il voto di laurea, ed infine l'anzianità di laurea. In seguito vengono valutate le domande dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (**lett. b**) i quali sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. All'atto dell'interpello tra i medici di cui alla **lett. b** si assegna priorità ai medici residenti nel territorio aziendale, successivamente in Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al fine di semplificare le procedure la Regione o il soggetto da questa individuato indica sin dall'avviso di pubblicazione degli incarichi vacanti la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità definite dalla stessa Regione, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 gior-



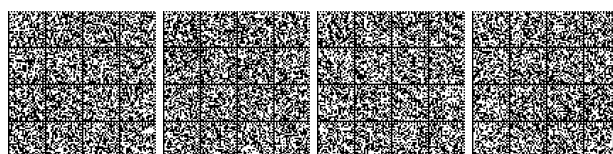
ni. Il **comma 16** prevede che tali modalità e termini si applichino anche per la procedura definita al precedente **comma 15**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 17** è chiarito che il medico interpellato, deve a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta ovvero rinunciare all'assegnazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 18** prevede che la mancata presentazione all'atto dell'interpello, da parte del medico, costituisce rinuncia all'incarico, fatto salvo il caso del medico impossibilitato a presentarsi il quale può dichiarare, secondo le modalità definite dalla Regione ovvero qualora la Regione non abbia definito una modalità specifica attraverso un telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha presentato domanda. In questa ipotesi al medico viene attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 19** è chiarito che il medico che accetta l'incarico in forza di un trasferimento decade dall'incarico di provenienza. E' stabilito altresì che in quest'ultimo caso il medico debba comunque garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso disposto dall'art. 19, comma 1, lett. c) del vigente ACN (un mese). La clausola sancisce infine che la rinuncia o la decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 20** dispone in merito alle questioni inerenti le eventuali incompatibilità ancora sussistenti. In particolare si precisa che il medico debba rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica all'atto dell'assegnazione dell'incarico. Qualora sussistano eventuali situazioni di incompatibilità (cfr. art. 17 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.), esse debbono essere risolte all'atto di assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



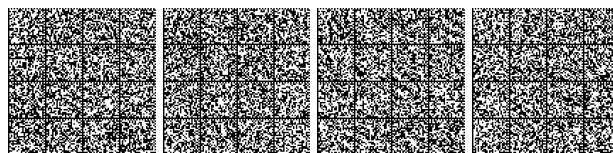
Il **comma 21** riporta le formalità procedurali in carico alle Regioni o al soggetto da queste individuato, all'espletamento della assegnazione degli incarichi. Viene effettuato l'invio degli atti alle Aziende interessate alla presa in carico del rapporto di lavoro da instaurare ed in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione si dispone la comunicazione all'Azienda di provenienza dell'accettazione dell'incarico anche ai fini di dare seguito alle previste scadenze di cui al **comma 19**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel caso di assegnazione di incarico di continuità assistenziale ad un medico già titolare di incarico di assistenza primaria in altra Regione, il **comma 22** prevede che sia comunicato all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento del nuovo incarico per consentire a quest'ultima la verifica di eventuali situazioni di incompatibilità e i conseguenti effetti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 23** si stabilisce che terminata la procedura di cui ai commi precedenti l'Azienda conferisca definitivamente l'incarico a tempo indeterminato con provvedimento del Direttore Generale, da comunicare all'interessato con lettera raccomandata A/R, indicando in essa il termine di inizio dell'attività da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Come clausola di chiusura delle procedure di assegnazione degli incarichi nell'ambito della continuità assistenziale, il **comma 24** prevede comunque la possibilità per la Regione, o soggetto da questa individuato, esperite le procedure di cui ai **commi 1 e 15**, di procedere per sopravvenute esigenze straordinarie, alla pubblicazione in corso d'anno di ulteriori avvisi per l'assegnazione di incarichi vacanti. Si applicano anche in tal caso le medesime procedure ed i medesimi termini previsti nell'articolo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 6 – *Procedure per l'assegnazione di incarichi di continuità assistenziale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



ART. 7 – Assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di emergenza sanitaria territoriale, l'integrale sostituzione dell'**art. 92** dell'ACN 23 marzo 2005 e smi.

Tale comma, analogamente a quanto già esposto agli **artt. 5 e 6** dell'ACN in esame, apporta diverse novità derivanti dalla decisione del Comitato di Settore assunta nell'atto di indirizzo di agevolare il ricambio generazionale, favorendo l'accesso dei medici agli incarichi di cui trattasi attraverso meccanismi e procedure che consentono la spendibilità del titolo acquisito o in corso di acquisizione al momento della disponibilità effettiva degli incarichi.

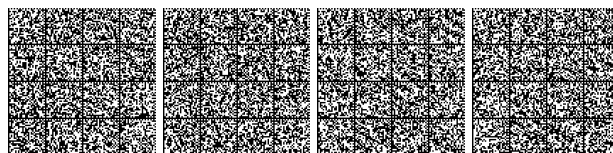
ANALISI DELL'ARTICOLO 92 (SOSTITUITO)

Al **comma 1** si stabilisce che l'Azienda proceda alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale per individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel **comma 2** è stabilito che, una volta individuata la vacanza d'incarico, l'Azienda ne dia comunicazione alla Regione, o soggetto da questa individuato, ai fini della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 3** prevede che gli incarichi vacanti, come individuati nel precedente **comma 1**, siano pubblicati dalla Regione, o soggetto da questa individuato, sul Bollettino Ufficiale entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** prevede che i medici interessati presentino entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al **comma 3** alla Regione o al soggetto da questa individuato la domanda di assegnazione per uno o più incarichi vacanti, corredata del bollo secondo la normativa vigente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



Il **comma 5** definisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, i soggetti che possono concorrere agli incarichi. Costoro sono rappresentati dai medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 96 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione

Il **comma 6** stabilisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, che i soggetti di cui al precedente **comma 5** possono concorrere secondo l'indicato ordine, disponendo primariamente per i trasferimenti (**lett. a**) ed in seguito per i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**lett. b**). Per tali medici restano immutate le condizioni e le prescrizioni già indicate nel previgente ACN che vengono meramente revisionate dal punto di vista dell'esposizione lessicale per renderne maggiormente chiaro ed intellegibile il testo. Con riguardo alla **lett. b**) è ulteriormente definito un ordine di priorità che prevede che a parità di punteggio l'incarico venga affidato prima di tutti a coloro che sono già incaricati a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale presso la stessa Azienda (**punto I**), in secondo luogo ai medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale nell'ambito della Regione, premettendo i residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante (**punto II**) ed infine i medici inseriti nella graduatoria regionale con precedenza per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante (**punto III**). A queste due categorie sono aggiunti in ultima opzione (**lett. c**) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Questi ultimi dovranno autocertificare il possesso del diploma all'atto della presentazione della domanda di cui al **comma 4**. Tale ultima lettera consente dunque a tutti coloro che per qualsiasi motivo (gravidanza, malattia, ecc...) abbiano ritardato la acquisizione del titolo oltre il termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (31 gennaio dell'anno precedente) e fino alla domanda di assegnazione degli incarichi (**comma 4**), di partecipare alle procedure di conferimento degli stessi. Tale



clausola, essendo di carattere meramente dispositivo e procedurale, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 7** precisa che i medici già titolari di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possano partecipare solo per trasferimento. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

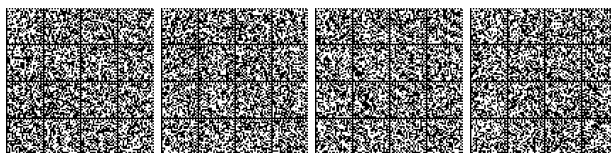
Tra gli aspiranti, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 6, lett. a)**) sono graduati secondo il dettato del successivo **comma 8**, in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dagli incarichi della medicina generale ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**comma 6, lett. b)**) sono graduati invece dal **comma 9** secondo il punteggio riportato nella graduatoria di cui all'art. 15, cui conseguono le priorità già riportate al **comma 6, lett. b)**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 10** prevede che, in caso di pari posizione, i medici che concorrono per trasferimento (**comma 6, lett. a)**) siano graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Da ultimo, il **comma 11** determina i criteri di graduazione dei medici di cui al **comma 6, lettera c)** secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed infine l'anzianità di laurea. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 12** dispone in merito ai criteri di formulazione delle graduatorie per gli incarichi vacanti, stabilendo che vengano stilate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti e precisando che accanto a ciascun nominativo siano indicati gli incarichi per i quali abbia inoltrato domanda di assegnazione. Tale



clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 13** si disciplinano i criteri e l'ordine di interpello dei medici di cui al **comma 6**. Si precisa dunque che in primo luogo vengono interpellati i medici che concorrono per trasferimento (**lett. a**)), in seguito i medici in graduatoria (**lett. b**)) e infine i medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria (**lett. c**)). Questi ultimi sono interpellati avendo cura di assegnare priorità ai residenti nel territorio aziendale, quindi a quelli residenti in Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al fine di semplificare le procedure il **comma 14** prevede che la Regione o il soggetto da questa individuato indichi sin dall'avviso di pubblicazione degli incarichi vacanti la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità definite dalla stessa Regione, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 giorni. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 15** prevede che la mancata presentazione all'atto dell'interpello, da parte del medico, costituisce rinuncia all'incarico, fatto salvo il caso del medico impossibilitato a presentarsi il quale può dichiarare, secondo le modalità definite dalla Regione ovvero qualora la Regione non abbia definito una modalità specifica attraverso un telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha concorso. In questa ipotesi al medico viene attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 16** è chiarito che il medico che accetta l'incarico in forza di un trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La clausola sancisce infine che la rinuncia o la decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



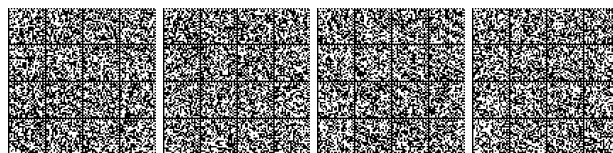
Il **comma 17** dispone in merito alle questioni inerenti le eventuali incompatibilità ancora sussistenti. In particolare si precisa che il medico debba rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica all'atto dell'assegnazione dell'incarico. Qualora sussistano eventuali situazioni di incompatibilità (cfr. art. 17 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.), esse debbono essere risolte all'atto di assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 18** riporta le formalità procedurali in carico alle Regioni o al soggetto da queste individuato, all'espletamento della assegnazione degli incarichi. Viene effettuato l'invio degli atti alle Aziende interessate alla presa in carico del rapporto di lavoro da instaurare ed in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione si dispone la comunicazione all'Azienda di provenienza dell'accettazione dell'incarico anche ai fini di dare seguito alle previste scadenze di cui al **comma 16**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 19** si stabilisce che terminata la procedura di cui ai commi precedenti l'Azienda conferisca definitivamente l'incarico a tempo indeterminato con provvedimento del Direttore Generale, da comunicare all'interessato con lettera raccomandata A/R, indicando in essa il termine di inizio dell'attività da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 20** prevede che nell'ambito degli accordi aziendali vengano definiti i criteri di mobilità intraaziendale da attuare prima della pubblicazione degli incarichi. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 21** ripropone quanto già previsto dal previgente ACN (art. 92, comma 11) in merito alla ricollocazione nelle centrali operative e/o nei presidi fissi emergenza e/o nei DEA/PS dei medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi di soccorso. Tale inidoneità è valutata dalla commissione sanitaria, ove prevista,



ovvero, ai sensi della legislazione vigente (L. 626/94 come modificata ed integrata dal D.lgs. 81/2008), dal medico competente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Infine il **comma 22** dispone analogamente al previgente ACN che le Regioni, previa valutazione del fabbisogno di operatori, organizzino almeno una volta all'anno i corsi specifici di idoneità all'emergenza. Le stesse Regioni definiscono i criteri di accesso e le modalità di effettuazione dei corsi. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 7 – *Assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 8 – Modifiche all'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

L'articolo in esame introduce alcune puntuali variazioni al testo dell' ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. allo scopo di adeguarlo alla normativa vigente, di chiarirne i contenuti e di renderlo coerente con le clausole introdotte dall'Accordo in esame.

Il **comma 1** sostituisce nell'articolo 17, comma 2, dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i la **lett. b)** precisando l'incompatibilità per coloro che fruiscano del trattamento di invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 2** si modifica il contenuto dell'art. 17, comma 2, **lett. f)** dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i precisando l'incompatibilità per coloro che fruiscono del trattamento di quiescenza ai sensi della normativa vigente ed escludendo da tale incompatibilità solo coloro che beneficiano delle esclusive prestazioni previdenziali della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



Per i successivi **commi 3, 4, 5, 6, 7** si dispone meramente l'abrogazione del riferimento al comma 12 del previgente art. 15 in quanto l'Accordo in esame disciplina con nuova numerazione le graduatorie di disponibilità (cfr. **art. 2** dell'Accordo in esame). Per il **comma 4** la decorrenza della sostituzione avviene a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tali clausole non generano oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

A partire dall'entrata in vigore dell'**art. 7** dell'ACN in esame, nei successivi **commi 8 e 9** è meramente modificato il rinvio numerico del comma nel quale è richiamato l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza (da oggi **comma 5**). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 10** si sostituisce meramente con un richiamo esplicito il rinvio contenuto nella norma finale n. 2. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 11** si prevede che a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 6** dell'Accordo in esame, il richiamo del comma dell'art. 63 contenuto nella norma finale n. 6 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i. venga adeguato in ragione della modifiche apportate alla numerazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 12** si sostituisce meramente con un richiamo esplicito il rinvio contenuto nella norma finale n. 9 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 13** si dispone l'abrogazione della norma finale n. 5 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale abrogazione è disposta in ragione dell'esplicitazione dei criteri di priorità ai fini della formulazione delle graduatorie di disponibilità già contenuti all'interno dell'art. 15 come rivisto dall'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



Al **comma 14** si dispone l'abrogazione della norma transitoria n. 4 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i. a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale abrogazione è disposta in ragione dell'esplicitazione dei criteri di priorità ai fini della formulazione delle graduatorie di disponibilità già contenuti all'interno dell'art. 15 come rivisto dall'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 15** si prevede che a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 5** dell'Accordo in esame, il richiamo del comma dell'art. 34 contenuto nella norma transitoria n. 10 dell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i. venga adeguato in ragione della modifiche apportate alla numerazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

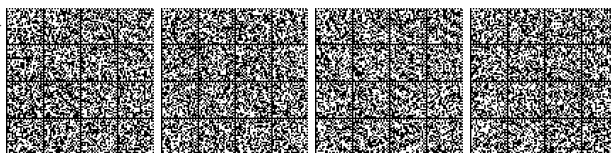
Al **comma 16** infine si dispone l'abrogazione di ogni riferimento alle graduatorie di settore contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 s.m.i. a far data dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Questo riferimento, a decorrere da quella data, è da intendersi alle graduatorie uniche regionali. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 8 – *Modifiche ACN 23 marzo 2005 s.m.i.* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 9 - Arretrati

Con l'articolo in esame si definiscono le risorse economiche riferibili agli anni 2010 – 2017. Allo scopo di agevolare l'intelligibilità della seguente parte della Relazione, in particolare riferimento alle stime economiche, l'esposizione è suddivisa in due sezioni, ciascuna esplicativa della parte di finanziamento in cui vengono ripartite le complessive disponibilità della contrattazione, i cui titoli si riassumono di seguito:

- 1) arretrati riferiti agli anni 2010-2015 – tali risorse sono, come detto nella parte generale della presente relazione tecnica, riferibili ai riconoscimenti



economici connessi all'erogazione dell'Indennità di Vacanza Contrattuale (IVC) già erogata in favore dei dipendenti pubblici a far data dal 2010;

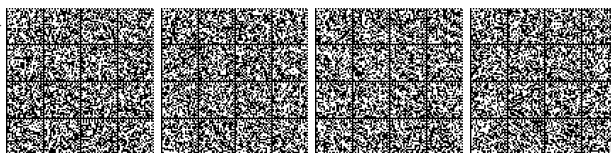
- 2) arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 dalle disposizioni contenute nelle leggi di bilancio disposte dal Legislatore; tali incrementi assorbono le risorse riferite all'I.V.C.

Ciò per evidenziare il rispetto del vincolo delle risorse assegnate in relazione ai singoli periodi in riferimento. Il rispetto dei valori complessivi è invece già stato illustrato nella prima parte della presente relazione tecnica e ad essa si rinvia.

Con il **comma 1** si precisa appunto la presa d'atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e si ribadisce la scelta di addivenire alla sottoscrizione dell'ACN in esame *"in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018"*. Si precisa dunque che le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi), da erogarsi secondo quanto riportato nei prospetti ed i valori riprodotti nell'articolato. Viene infine precisato che i valori riportati nell'ACN sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

SEZIONE 1 - arretrati riferiti agli anni 2010-2015

Vengono introdotte le tabelle di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2010 - 2015. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2010-2015 secondo le seguenti tabelle:



arretrati Assistenza Primaria

(rif. TABELLA A1)

Si esprime il valore per assistito riferito a ciascun anno. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati dell'Assistenza Primaria riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **171.340.736** così determinata:

TABELLA n. 17 Medicina generale - Assistenza primaria - costo effettivo 2010-2015.

Medicina generale - Assistenza primaria	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per assistito)	€ 0,35	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52
n. assistiti al 01/01/2010	52.622.066	52.622.066	52.622.066	52.622.066	52.622.066	52.622.066
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 18.417.723	€ 27.363.474	€ 27.363.474	€ 27.363.474	€ 27.363.474	€ 27.363.474
ENPAM (10,375%)	€ 1.910.839	€ 2.838.960	€ 2.838.960	€ 2.838.960	€ 2.838.960	€ 2.838.960
costo effettivo totale riconosciuto	€ 20.328.562	€ 30.202.435	€ 30.202.435	€ 30.202.435	€ 30.202.435	€ 30.202.435

arretrati Continuità Assistenziale

(rif. TABELLA B1)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati della Continuità Assistenziale riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **22.912.086** così determinata:

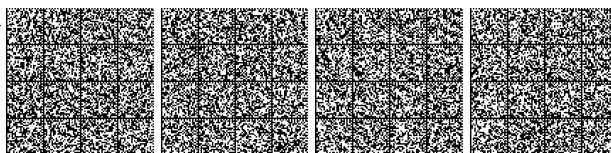


TABELLA n. 18 Medicina generale – Continuità Assistenziale - costo effettivo 2010-2015.

Medicina generale - Continuità Assistenziale	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,11	€ 0,17	€ 0,17	€ 0,17	€ 0,17	€ 0,17
n. ore al 01/01/2010	20.166.786	20.166.786	20.166.786	20.166.786	20.166.786	20.166.786
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 2.218.346	€ 3.428.354	€ 3.428.354	€ 3.428.354	€ 3.428.354	€ 3.428.354
ENPAM (10,375%)	€ 230.153	€ 355.692	€ 355.692	€ 355.692	€ 355.692	€ 355.692
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 177.010	€ 273.561	€ 273.561	€ 273.561	€ 273.561	€ 272.104
costo effettivo totale riconosciuto	€ 2.625.510	€ 4.057.606	€ 4.057.606	€ 4.057.606	€ 4.057.606	€ 4.056.149

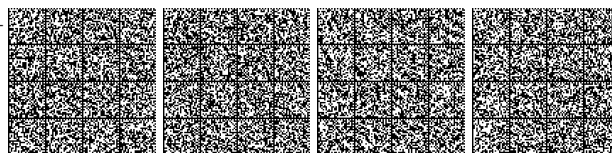
arretrati Medicina dei Servizi Territoriali

(rif. TABELLA C1)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati della Medicina dei Servizi Territoriali riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **2.125.971** così determinata:

TABELLA n. 19 Medicina generale – Medicina dei Servizi Territoriali - costo effettivo 2010-2015.

Medicina generale - Medicina dei servizi territoriali	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,12	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18
n. ore al 01/01/2010	1.711.712	1.711.712	1.711.712	1.711.712	1.711.712	1.711.712
costo effettivo al netto ENPAM (14,16%)	€ 205.405	€ 308.108	€ 308.108	€ 308.108	€ 308.108	€ 308.108
ENPAM (14,16%)	€ 29.085	€ 43.628	€ 43.628	€ 43.628	€ 43.628	€ 43.628
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 15.654	€ 23.481	€ 23.481	€ 23.481	€ 23.481	€ 23.219
costo effettivo totale riconosciuto	€ 250.145	€ 375.218	€ 375.218	€ 375.218	€ 375.218	€ 374.956



arretrati Emergenza Sanitaria Territoriale

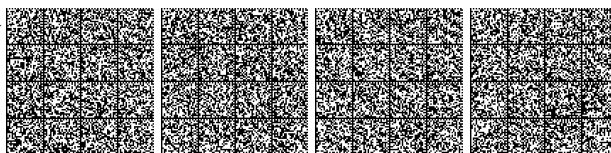
(rif. TABELLA D1)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati della Emergenza Sanitaria Territoriale riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **7.080.762** così determinata:

TABELLA n. 20 Medicina generale – Emergenza Sanitaria Territoriale - costo effettivo 2010-2015.

Medicina generale - Emergenza sanitaria territoriale	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,12	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18	€ 0,18
n. ore al 01/01/2010	5.865.743	5.865.743	5.865.743	5.865.743	5.865.743	5.865.743
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 703.889	€ 1.055.834	€ 1.055.834	€ 1.055.834	€ 1.055.834	€ 1.055.834
ENPAM (10,375%)	€ 73.029	€ 109.543	€ 109.543	€ 109.543	€ 109.543	€ 109.543
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 56.166	€ 84.249	€ 84.249	€ 84.249	€ 84.249	€ 83.800
costo effettivo totale riconosciuto	€ 833.084	€ 1.249.625	€ 1.249.625	€ 1.249.625	€ 1.249.625	€ 1.249.177

Al **comma 2** si dispone che per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), per la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici e per la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali, siano corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017). Si precisa che tali risorse sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.



SEZIONE 2 - arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017

Vengono introdotte le tabelle di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2016 - 2017. L'onere include ed assorbe le risorse pari all'I.V.C. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2016-2017 secondo le seguenti tabelle:

arretrati Assistenza Primaria

(rif. TABELLA A2)

Si esprime il valore per assistito riferito a ciascun anno. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati dell'Assistenza Primaria riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **118.806.166** così determinata:

TABELLA n. 21 Medicina generale - Assistenza primaria - costo effettivo 2016-2017.

Medicina generale - Assistenza primaria	2016	2017
costo effettivo (quota annua per assistito)	€ 0,77	€ 1,28
n. assistiti al 01/01/2016	52.506.661	52.506.661
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 40.430.129	€ 67.208.526
ENPAM (10,375%)	€ 4.194.626	€ 6.972.885
costo effettivo totale riconosciuto	€ 44.624.755	€ 74.181.411

arretrati Continuità Assistenziale

(rif. TABELLA B2)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *su-*



pra tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati della Continuità Assistenziale riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **16.095.972** così determinata:

TABELLA n. 22 Medicina generale – Continuità Assistenziale - costo effettivo 2016-2017.

Medicina generale - Continuità Assistenziale	2016	2017
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,24	€ 0,41
n. ore al 01/01/2016	20.954.854	20.954.854
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 5.029.165	€ 8.591.490
ENPAM (10,375%)	€ 521.776	€ 891.367
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 394.884	€ 667.290
costo effettivo totale riconosciuto	€ 5.945.825	€ 10.150.148

arretrati Medicina dei Servizi Territoriali

(rif. TABELLA C2)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati della Medicina dei Servizi Territoriali riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **1.514.028** così determinata:

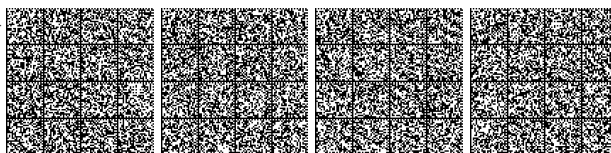


TABELLA n. 23 Medicina generale – Medicina dei Servizi Territoriali - costo effettivo 2016-2017.

Medicina generale - Medicina dei servizi territoriali	2016	2017
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,25	€ 0,43
n. ore al 01/01/2016	1.831.655	1.831.655
costo effettivo al netto ENPAM (14,16%)	€ 457.914	€ 787.612
ENPAM (14,16%)	€ 64.841	€ 111.526
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 34.120	€ 58.016
costo effettivo totale riconosciuto	€ 556.874	€ 957.154

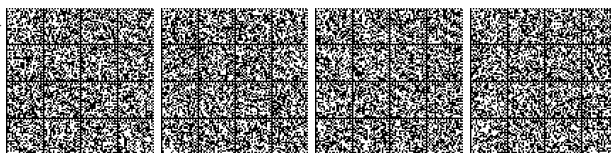
arretrati Emergenza Sanitaria Territoriale

(rif. TABELLA D2)

Si esprime il valore per ogni ora di attività di servizio svolta nell'anno di riferimento. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati della Emergenza Sanitaria Territoriale riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **4.941.132** così determinata:

TABELLA n. 24 Medicina generale – Emergenza Sanitaria Territoriale - costo effettivo 2016-2017.

Medicina generale - Emergenza sanitaria territoriale	2016	2017
costo effettivo (quota annua per ora)	€ 0,26	€ 0,44
n. ore al 01/01/2016	5.973.220	5.973.220
costo effettivo al netto ENPAM (10,375%)	€ 1.553.037	€ 2.628.217
ENPAM (10,375%)	€ 161.128	€ 272.677
IRAP (8,5% al netto ENPAM a carico del medico)	€ 121.943	€ 204.130
costo effettivo totale riconosciuto	€ 1.836.107	€ 3.105.025



Al **comma 3** viene ribadito che gli importi da corrispondere ai medici di assistenza primaria sono riconosciuti nel limite del massimale e delle eventuali scelte in deroga acquisite ai sensi dell'art. 40 dell'ACN per ciascun anno di riferimento. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

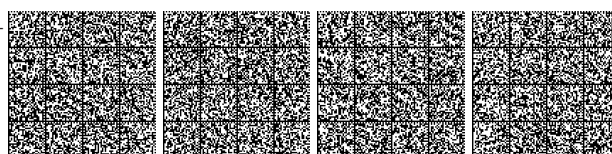
Al **comma 4** viene ribadito che gli importi da corrispondere ai medici remunerati a quota oraria (continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale) sono riconosciuti in funzione delle ore di servizio svolte per ciascun anno di riferimento. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I **commi 5 e 6** attengono esclusivamente alla determinazione dei tempi di corresponsione degli arretrati prevedendo rispettivamente che quelli derivanti dal **comma 1** dell'articolo siano erogati entro giorni 60 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame e quelli derivanti dal **comma 2** siano erogati entro giorni 90 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 9 – *Arretrati* genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione pari ad euro **344.816.851** come rappresentato nelle tabelle 13 e 14 e riepilogato nella seguente tabella 25.

TABELLA n. 25 Medicina generale – costo effettivo 2010-2017.

MEDICINA CONVENZIONATA	costo effettivo 2010-2015	costo effettivo 2016-2017	costo effettivo 2010-2017
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 203.459.554	€ 141.357.297	€ 344.816.851
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 171.340.736	€ 118.806.166	€ 290.146.901
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 22.912.086	€ 16.095.972	€ 39.008.058
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 2.125.971	€ 1.514.028	€ 3.639.998
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 7.080.762	€ 4.941.132	€ 12.021.894



ART. 10 – Entrata in vigore dell’Accordo e rappresentatività a livello decentrato.

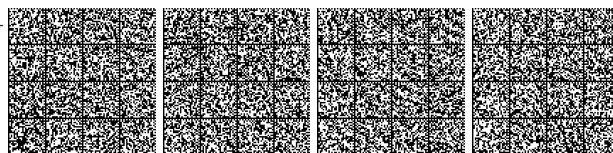
Al **comma 1** si ribadisce che ai sensi delle disposizioni vigenti l’Accordo in esame entri in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento (Intesa) della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Come già indicato nelle premesse della presente relazione, il **comma 2** si occupa di ribadire che l’Accordo in esame integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l’ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. nelle more della definitiva sottoscrizione dell’intero ACN riferibile al triennio 2016-2018 (economico e normativo). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 3** ripropone le regole di rappresentatività sindacale derivanti dalla normativa e dall’Accordo vigenti. Pertanto le organizzazioni sindacali firmatarie dell’Accordo in esame, in possesso dei requisiti di rappresentatività a livello nazionale di cui all’art. 22 comma 6 dell’ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** infine nel ribadire quanto già espresso dalla normativa e dall’Accordo vigenti, chiarisce che gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell’Accordo Integrativo Regionale. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L’intero articolo 10 – *Entrata in vigore dell’Accordo e rappresentatività a livello decentrato* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione



ART. 11 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale.

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. l'**Allegato 1**.

Ai fini della presente relazione si precisa che viene introdotto con l'Accordo in esame un allegato che introduce particolari innovazioni sul piano della regolamentazione di settore.

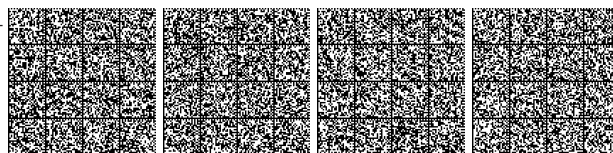
Allegato 1 - Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale

In ossequio alle disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni si è reso necessario, anche in questo settore afferente all'ambito dei servizi pubblici essenziali, redigere un accordo specifico di regolamentazione del diritto di sciopero da sottoporre alla approvazione della Commissione di Garanzia dell'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali. Il testo integra quindi tutte le necessarie disposizioni patrizie richieste dalla Commissione ed è stato già inoltrato alla stessa per la validazione. L'accordo è stato concordato e sottoscritto dalle parti in data 29 marzo 2018.

L'intero articolo 11 – *Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Norma transitoria n. 1

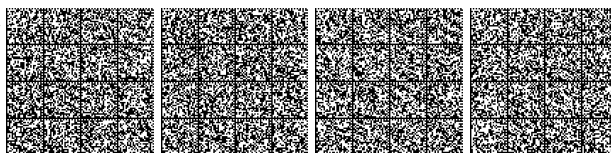
La **norma transitoria n. 1** ripropone per l'anno 2018 la possibilità per i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo il 31 gennaio la possibilità di inserimento nella graduatoria regionale per l'anno 2019 presentando domanda entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dell'autocertificazione del titolo di formazione specifico in medicina generale nel frattempo acquisito e deve contenere i titoli accademici e di



servizio eventualmente posseduti alla data del 31 dicembre 2017. Tale clausola si rende necessaria per anticipare gli effetti della procedura tesa a favorire l'accesso in graduatoria dei medici che nel frattempo abbiano acquisito il titolo di formazione. La norma esplicherà, ovviamente, i suoi effetti qualora l'entrata in vigore dell'Accordo in esame avvenga entro l'anno 2018. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Norma transitoria n. 2

La medesima *ratio* che ha indotto a definire a norma transitoria n. 1 finalizzata ad agevolare e ad anticipare l'accesso in graduatoria dei medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo la data del 31 gennaio 2018 dispone la definizione anche della successiva **norma transitoria n. 2**. In attesa dell'entrata in vigore degli **articoli 5, 6 e 7** dell'Accordo in esame, anche per le procedure di assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione ai medici che abbiano acquisito il titolo successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. In carenza di procedure specifiche definite nell'Accordo, la stessa **norma transitoria n. 2** dispone che tali medici concorrano secondo le procedure vigenti successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria valida per l'anno in corso. Costoro saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea. Anche in tal caso si dispone priorità d'interpello per i residenti nell'ambito carente (assistenza primaria) o nel territorio aziendale (incarichi orari) e successivamente, i residenti nella Regione ed infine fuori Regioni. Anche in questo caso il possesso del diploma deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione agli ambiti territoriali carenti o agli incarichi vacanti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



Dichiarazione congiunta n. 1

Tra gli intenti comuni le parti assumono la necessità di ribadire la necessaria priorità di garantire adeguati livelli di sicurezza per i medici di continuità assistenziale. A tal fine si concorda sulla importanza che l'attività ambulatoriale, sentito il comitato aziendale di cui all'art. 23 del vigente ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., venga svolta solo presso sedi idonee e che nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con quanto stabilito dalla programmazione regionale, vengano definite le modalità organizzative per la regolamentazione del libero accesso dei pazienti in orari diurni e serali i quali debbono essere prestabiliti e divulgati ai cittadini che ne fruiranno. Tale dichiarazione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Dichiarazione congiunta n. 2

Le parti concordano altresì sull'utilità, da valutare ad opera della Regione, che le graduatorie regionali consentano di individuare lo stato occupazionale dei medici. Ciò allo scopo di agevolare e rendere palese il riscontro di eventuali situazioni di incompatibilità o di interesse a mantenere l'iscrizione e/o a concorrere agli incarichi. Dal punto di vista delle amministrazioni tale accortezza consentirebbe di evidenziare la necessità occupazionale degli iscritti in graduatoria. Tale dichiarazione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Dichiarazione congiunta n. 3

La dichiarazione si ricollega al contenuto dell'art. 1, lett. c) dell'ACN in esame il quale prevede la possibilità di coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate alla fattispecie dell'accesso improprio al pronto soccorso. In tali casi con la **dichiarazione congiunta n. 3** si auspica che nell'ambito degli AAIIRR, si possa prevedere la fornitura di fattori di produzione per lo svolgimento di tale attività diagnostica di primo livello attraverso società di servizio anche cooperative. Si segnala che l'ACN già prevede in merito che tali società di servizio non possano fornire prestazioni sanitarie e che possano assicurare esclusivamente beni e servizi ai medici convenzionati. Tale dichiarazione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Numero medici al 01/01/2016
Tabella 2 - Numero scelte e numero ore remunerate, stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)
Tabella 3 - Costo biennio economico 2008-2009 inclusivo dell'aumento contrattuale 3,2%
Tabella 4 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2009 (01/01/2010)
Tabella 5 - Costo base anno 2009
Tabella 6 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2015 (01/01/2016)
Tabella 7 - Costo base anno 2015
Tabella 8 - Costo base anno 2009, costo base anno 2015 e confronto CE
Tabella 9 - disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018
Tabella 10 - disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017
Tabella 11 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 12 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €
Tabella 13 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 14 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €
Tabella 15 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €
Tabella 16 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017 - valori in ml di €
Tabella 17 - Medicina generale - Assistenza primaria - costo effettivo 2010-2015
Tabella 18 - Medicina generale - Continuità Assistenziale - costo effettivo 2010-2015
Tabella 19 - Medicina generale - Medicina dei servizi territoriali - costo effettivo 2010-2015
Tabella 20 - Medicina generale - Emergenza sanitaria territoriale - costo effettivo 2010-2015
Tabella 21 - Medicina generale - Assistenza primaria - costo effettivo 2016-2017
Tabella 22 - Medicina generale - Continuità Assistenziale - costo effettivo 2016-2017
Tabella 23 - Medicina generale - Medicina dei servizi territoriali - costo effettivo 2016-2017
Tabella 24 - Medicina generale - Emergenza sanitaria territoriale - costo effettivo 2016-2017
Tabella 25 - Medicina generale - costo effettivo 2010-2017

18A05130

