ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data 29 marzo 2018 alle ore16:30, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Vincenzo Pomo (firmato)

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG (firmato)

SNAMI (firmato)

SMI (firmato)

INTESA SINDACALE

CISL MEDICI – FP CGIL MEDICI – SIMET – SUMAI (firmato)

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli Accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'articolo 2, comma 283, lettera a) della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 ed il D.P.C.M. 1 aprile 2008;

Visto l'Accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 1, comma 470 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232;

Visto l'articolo 1, comma 683 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto l'articolo 9-quater del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2015, n. 125;

Visto l'articolo 12 del D.M. 7 marzo 2006, Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale;

Visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il D.P.C.M. 27 febbraio 2017;

Vista 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;

Vista 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»;

Visto 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;

Visto 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;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute".

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

INDICE

INDICE 4
Premessa 5
Art. 1 – Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale 6
Art. 2 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni 8
Art. 3 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale 10
Art. 4 – Esercizio del diritto di sciopero 14
Art. 5 – Procedure per l'assegnazione di incarichi di assistenza primaria 15
Art. 6 – Procedure per l'assegnazione di incarichi di continuità assistenziale 19
Art. 7 – Assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale 23
Art. 8 – Modifiche all'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. 26
Art. 9 – Arretrati 28
Art. 10 – Entrata in vigore dell'Accordo e rappresentatività a livello decentrato 32
Art. 11 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale 33
Norme transitorie 38
Dichiarazioni congiunte 39

PREMESSA

Il presente ACN viene sottoscritto in attesa di concludere entro l'anno la contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo). In considerazione dell'attuale contesto normativo, il presente Accordo affronta alcune priorità emerse nel corso della trattativa, già oggetto delle linee di indirizzo, che richiedono una soluzione negoziale particolarmente tempestiva.

Tali priorità attengono in particolare 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), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio e alla regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali. Con il presente ACN vengono altresì definite le modalità di erogazione delle 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 per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

ART. 1 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE

1. La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di *performance*, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

   a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)*. Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le 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. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Gli AAIIRR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

   b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019*. La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR prevedono una attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

   c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO*. L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono 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, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.

d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA*. Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere previsto specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici di assistenza primaria ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti. In particolare, per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale nei processi di *budgeting* aziendali.

ART. 2 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI

1. A partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'articolo 15 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. 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 con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico e al rispetto dei tempi.

2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 17, comma 2, lettere b) e f) e devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;

b) iscrizione all'Albo professionale;

c) titolo di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 5.

3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i medici di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, oltre al punteggio per il titolo di cui al precedente comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere presentata ogni anno. La stessa deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'articolo 16. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il medico esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 6.

4. L'amministrazione regionale o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'articolo 16, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

5. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla

Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

6. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

b) 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.

Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;

d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

7. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 6, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 3, ultimo capoverso. I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

8. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.

9. Il medico che accetta l'incarico in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale.

10. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei medici aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti."

ART. 3 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE

1. A partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'articolo 16 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente

"ART. 16 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode: p. 1,00

b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50

c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: p. 0,30

d) specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale ai sensi della normativa vigente,

per ciascuna specializzazione: p. 0,50

e) titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni: p. 7,20

f) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):

complessivamente p. 0,20

g) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL):

complessivamente p. 0,20

II. TITOLI DI SERVIZIO:

a) attività medico di assistenza primaria, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

b) attività di sostituzione del medico di assistenza primaria solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c),

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

c) servizio effettivo di medico di continuità assistenziale, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività. (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore): p. 0,20

d) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale,

per ogni mese di attività: p. 0,20

e) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

f) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti penitenziari,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

g) attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9 ottobre 1970, n. 740,

per ogni mese di attività: p. 0,20

h) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate,

per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: p. 0,10

i) attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

j) turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo,

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,05

k) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi,

per ciascun mese complessivo: p. 0,10

l) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti,
per ciascun mese: p. 0,05

m) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva è stato svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

n) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

o) attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato,

per ogni mese di attività: p. 0,20

p) servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'articolo 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

q) servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

3. Relativamente al servizio calcolato su base oraria, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

4. Il servizio effettivo indicato dal presente articolo è determinato dalle sole ore di attività svolta ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza.

5. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo, ad eccezione della reperibilità di cui alla lettera j). In caso di servizi concomitanti è valutato quello che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di formazione specifica in medicina generale non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettera d) del presente articolo.

6. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

7. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

ART. 4 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO

1. L'articolo 31 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 31 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO.

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 1 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale."

ART. 5 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI ASSISTENZA PRIMARIA

1. A partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di assistenza primaria, l'articolo 34 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 34 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 33.

2. In sede di pubblicazione degli incarichi, fermo restando l'ambito di iscrizione negli elenchi di scelta del medico, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.

3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del medico interessato, l'Azienda, in sede di pubblicazione degli incarichi, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti.

5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

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, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.

6. I medici già titolari d'incarico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

7. I medici di cui al comma 5, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

8. I medici di cui al comma 5, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;

b) punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente 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 regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

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.

9. I medici di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

10. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 5, lettera a) e b) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

11. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

12. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella i medici di cui al comma 5, lettera a) e, successivamente, i medici di cui al comma 5, lettera b) sulla base delle percentuali di riserva di cui ai successivi commi ed infine i medici di cui al comma 5, lettera c) con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

13. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

14. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

15. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 13, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 14, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

16. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 13 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

17. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da

parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Capo.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;

b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione e da ultimo fuori Regione.

18. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui al comma 17.

19. Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

20. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in assenza di tale definizione mediante telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.

21. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

22. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

23. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 21.

24. Qualora l'incarico venga assegnato ad un medico già titolare in altra Regione di incarico di continuità assistenziale, la Regione, o il soggetto individuato, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e dei conseguenti effetti.

25. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure

di cui ai commi 1 e 17, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo."

ART. 6 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

1. A partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di medico di continuità assistenziale, l'articolo 63 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 63 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di continuità assistenziale e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al successivo articolo 64.

2. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti.

3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno 3 anni che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

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, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 2.

4. I medici già titolari d'incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

5. I medici di cui al comma 3, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

6. I medici di cui al comma 3, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;

b) punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda, nella quale è vacante l'incarico 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 regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

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.

7. I medici di cui al comma 3, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

8. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 3, lettera a) e b) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

9. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

10. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella i medici di cui al comma 3, lettera a) e, successivamente, i medici di cui al comma 3, lettera b) sulla base delle percentuali di riserva di cui ai successivi commi ed infine i medici di cui al comma 3, lettera c) con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

11. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 3, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

12. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

13. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 11, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 12, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

14. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 11 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

15. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Capo.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;

b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nel territorio aziendale, successivamente nella Regione e fuori Regione.

16. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui al comma 15.

17. Al momento dell'interpello il medico deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

18. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in assenza di tale definizione mediante telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.

19. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

20. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

21. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 19.

22. Qualora l'incarico venga assegnato ad un medico già titolare in altra Regione di incarico di assistenza primaria, la Regione, o il soggetto individuato, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e dei conseguenti effetti.

23. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

24. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure

di cui ai commi 1 e 15, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo."

ART. 7 – ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

1. A partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, l'articolo 92 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

"ART. 92 – ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI.

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura.

2. Individuata la vacanza di incarico, l'Azienda ne dà comunicazione alla Regione, o al soggetto da questa individuato, per la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

3. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, come individuati al precedente comma 1.

4. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Regione o al soggetto da essa individuato apposita domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati.

5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'articolo 96 del presente Accordo.

6. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

I) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;

II) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

III) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

c) i 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 valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.

7. I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

8. I medici di cui al comma 6, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

9. I medici di cui al comma 6, lettera b) sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;

10. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 6, lettera a) sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

11. I medici di cui al comma 6, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

12. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

13. La Regione, o il soggetto da essa individuato, interpella i medici di cui al comma 6, lettera a), successivamente i medici di cui alla lettera b) ed infine i medici di cui alla lettera c) con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

14. La Regione, o il soggetto da essa individuato, indica nell'avviso di cui al comma 3 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione di tutti i medici aventi titolo all'assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni.

15. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in mancanza di tale definizione mediante telegramma, raccomandata A/R o PEC, la propria disponibilità all'accettazione, con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli vacanti.

16. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

17. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

18. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al comma 16.

19. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

20. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale da attuare prima della pubblicazione degli incarichi.

21. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda già individuata per il personale dipendente lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza e nei DEA/PS.

22. Le Regioni, previa valutazione del fabbisogno di operatori, organizzano almeno una volta all'anno i corsi specifici di idoneità all'emergenza, definendone i relativi criteri di accesso e le modalità."

ART. 8 – MODIFICHE ALL'ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.

1. Nell'articolo 17, comma 2, la lettera b) dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è sostituita dalla seguente "b) fruisca 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;".
2. Nell'articolo 17, comma 2, lettera f) dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., le parole da "relativo ad attività convenzionate e dipendenti del SSN" fino a "trattamento di quiescenza del solo fondo generale dell'Enpam" sono sostituite dalle parole "come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM".
3. Nell'articolo 38, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "graduatoria di disponibilità di cui all'art. 15" sono abrogate le parole ", comma 12".
4. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, nell'articolo 70, comma 4 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 15" sono abrogate le parole ", comma 12,".
5. Nell'articolo 81, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "graduatoria di disponibilità di cui all'art. 15" sono abrogate le parole ", comma 12,".
6. Nell'articolo 81, comma 4 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "graduatoria di disponibilità di cui all'art. 15" sono abrogate le parole ", comma 12,".
7. Nell'articolo 97, comma 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "aziendale di disponibilità (ex" sono abrogate le parole "comma 12,".
8. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 7 del presente Accordo, nell'articolo 97, comma 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "dell'attestato di cui all'art. 92,", le parole "comma 4" sono sostituite dalle parole "comma 5".
9. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 7 del presente Accordo, nell'articolo 97, comma 7 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "dell'attestato di cui all'art. 92,", le parole "comma 4" sono sostituite dalle parole "comma 5".
10. Nella norma finale n. 2 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i, dopo le parole "della riserva di assegnazione prevista", le parole "dall'articolo 16, comma 7, lettera a)" sono sostituite dalle parole "a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale".
11. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 6 del presente Accordo, nella norma finale n. 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. , dopo le parole "quanto previsto dall'art. 63,", le parole "comma 2" sono sostituite dalle parole "comma 3".
12. Nella norma finale n. 9 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i, dopo le parole "graduatorie regionali con il punteggio di", le parole "cui all'art. 16, comma 1, titoli di servizio, lettera d)" sono sostituite dalle parole "p. 0,05, per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività".
13. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, è abrogata la norma finale n. 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.
14. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, è abrogata la norma transitoria n. 4 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

15. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 5 del presente Accordo, nella norma transitoria n. 10 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., dopo le parole "di cui all'art. 33, comma 12 e all'art. 34", le parole "comma 11" sono sostituite con le parole "comma 2".
16. A partire dall'entrata in vigore dell'articolo 2 del presente Accordo, è abrogato ogni riferimento alle graduatorie di settore contenuto nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

ART. 9 – ARRETRATI

1. Preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e considerata la scelta di addivenire alla sottoscrizione del presente ACN in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018, 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 le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

Medici di Assistenza Primaria

TABELLA A1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2010	0,35
arretrati 2011	0,52
arretrati 2012	0,52
arretrati 2013	0,52
arretrati 2014	0,52
arretrati 2015	0,52

Medici di Continuità Assistenziale

TABELLA B1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,11
arretrati 2011	0,17
arretrati 2012	0,17
arretrati 2013	0,17
arretrati 2014	0,17
arretrati 2015	0,17

Medici di Medicina dei Servizi Territoriali

TABELLA C1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,12
arretrati 2011	0,18
arretrati 2012	0,18
arretrati 2013	0,18
arretrati 2014	0,18
arretrati 2015	0,18

Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale

TABELLA D1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/per ora
arretrati 2010	0,12
arretrati 2011	0,18
arretrati 2012	0,18
arretrati 2013	0,18
arretrati 2014	0,18
arretrati 2015	0,18

2. 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, sono 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) secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

Medici di Assistenza Primaria

TABELLA A2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2016	0,77
arretrati 2017	1,28

Medici di Continuità Assistenziale

TABELLA B2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/per ora
arretrati 2016	0,24
arretrati 2017	0,41

Medici di Medicina dei Servizi Territoriali

TABELLA C2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/per ora
arretrati 2016	0,25
arretrati 2017	0,43

Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale

TABELLA D2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/per ora
arretrati 2016	0,26
arretrati 2017	0,44

3. Gli arretrati di cui alla tabella A1 del comma 1 e alla tabella A2 del comma 2 sono corrisposti nel limite del massimale del medico di assistenza primaria e delle scelte in deroga acquisite secondo quanto previsto dall'articolo 40 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. nell'anno di riferimento.

4. Gli arretrati di cui alle tabelle B1, C1 e D1 del comma 1 e alle tabelle B2, C2 e D2 del comma 2 sono corrisposti ai medici di medicina generale a quota oraria (continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale), in funzione delle ore di servizio svolte nell'anno di riferimento.
5. Gli arretrati di cui al comma 1 del presente articolo sono corrisposti entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN.
6. Gli arretrati di cui al comma 2 del presente articolo sono corrisposti entro i 90 giorni successivi al termine di cui al comma precedente.

ART. 10 – ENTRATA IN VIGORE DELL'ACCORDO E RAPPRESENTATIVITÀ A LIVELLO DECENTRATO

1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Il presente Accordo nelle more della vigenza dell'ACN del triennio 2016-2018 (economico e normativo) integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività a livello nazionale di cui all'articolo 22, comma 6, dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale.

ART. 11 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE

1. Nell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. è inserito il seguente:

"ALLEGATO 1 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i medici di medicina generale in rapporto di convenzionamento con il SSN operanti secondo le previsioni del vigente ACN.

2. Le clausole del presente Accordo attuano le 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, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, per l'insieme delle prestazioni individuate come indispensabili e fissano i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.

3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.

4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, i servizi pubblici da considerare essenziali nella presente area negoziale sono i seguenti:

a) assistenza primaria;

b) continuità assistenziale;

c) emergenza sanitaria territoriale;

d) medicina dei servizi territoriali;

e) assistenza negli istituti penitenziari (*).

2. Nell'ambito dei suddetti servizi essenziali del comma 1 è garantita, per ogni settore, nelle forme e nelle modalità di cui al successivo articolo 3, la continuità delle seguenti prestazioni indispensabili per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati:

a) assistenza primaria: visite domiciliari avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento del paziente, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali;

b) continuità assistenziale: prestazioni di cui all'articolo 67 nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali, in particolare l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza domiciliare programmata a malati terminali;

c) emergenza sanitaria territoriale: tutte quelle di cui all'articolo 95 del vigente ACN per gli aspetti inerenti il soccorso urgente;

d) medicina dei servizi: tutte quelle rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale;

e) assistenza negli istituti penitenziari (*): assistenza sanitaria urgente, comprensiva in ogni caso delle terapie non procrastinabili, presenza nei processi con rito direttissimo o con imputati detenuti per quelle cause e uscite per gravi motivi di sicurezza.

ART. 3

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CONTINGENTI DI PERSONALE

1. Le prestazioni minime indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo vengono erogate da ciascun medico di assistenza primaria in riferimento ai propri assistiti in carico.

2. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente ai medici di continuità assistenziale, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale ed i medici operanti negli istituti penitenziari (*), con appositi protocolli d'intesa a livello decentrato, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui all'articolo 2 del presente Accordo, nonché per la loro distribuzione territoriale.

3. In conformità ai protocolli di cui al comma precedente le Aziende individuano, in occasione degli scioperi nell'area della medicina generale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. In ogni caso, per le prestazioni indispensabili relative alla continuità assistenziale e all'emergenza sanitaria territoriale, va mantenuto in servizio il personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno in cui viene effettuato lo sciopero (contingente pieno).

ART. 4

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal

SISAC
Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.

2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".

3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenuti a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 5, comma 8.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:

a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 48 (quarantotto) ore continuative anche per quei comparti organizzati per turni. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;

b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno le 72 (settantadue) ore. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare le 24 ore;

c) con esclusione del settore della assistenza primaria, che promuoverà sempre scioperi non inferiori ad una giornata lavorativa, gli scioperi orari della durata inferiore ad un giorno lavorativo si svolgeranno in un unico e continuo periodo, all'inizio o alla fine di ciascun turno, secondo l'articolazione dell'orario previsto per il servizio;

d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono consentite tutte le forme di sciopero che garantiscono il rispetto dei diritti costituzionali;

e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre organizzazioni sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.

5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:

- nel mese di agosto;
- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali Europee, nazionali e referendarie;

- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali e comunali, per i singoli ambiti;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.

8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.

9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai medici di assistenza primaria una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 59 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

ART. 5

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.

2. I soggetti incaricati di svolger le procedure di conciliazione sono:

a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;

b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;

c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.

3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle organizzazioni sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.

4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.

5. Il tentativo si considera altresì esplicato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.

6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.

7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.

9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.

10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 4, comma 5.

ART. 6

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.

2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le necessità organizzative delle Aziende sanitarie, il medico di medicina generale è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i medici iscritti alla organizzazione sindacale che ha proclamato o aderito allo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione.

(*) con decorrenza dalla istituzione del relativo settore"

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

I medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

Norma transitoria n. 2

Fino all'entrata in vigore degli articoli 5, 6 e 7 del presente Accordo, alle procedure per l'assegnazione degli incarichi vacanti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione anche ai 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. Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente o territorio aziendale, rispettivamente per gli incarichi di assistenza primaria, di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale e successivamente nella Regione e fuori Regione. Il possesso del diploma di cui sopra deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

DICHIARAZIONI CONGIUNTE

Dichiarazione congiunta n. 1

Le parti concordano che, al fine di garantire adeguati livelli di sicurezza per i medici di continuità assistenziale, l'attività ambulatoriale, sentito il Comitato aziendale, venga svolta solo presso sedi idonee e che nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, vengano definite le modalità organizzative per regolamentare il libero accesso dei pazienti in orari diurni e serali prestabiliti e divulgati ai cittadini.

Dichiarazione congiunta n. 2

Le parti concordano sulla opportunità che le graduatorie regionali consentano di individuare lo stato occupazionale dei medici presenti in graduatoria.

Dichiarazione congiunta n. 3

Le parti considerano auspicabile che, nell'ambito degli AAIIRR, si possa prevedere la fornitura di fattori di produzione per lo svolgimento di attività di diagnostica di primo livello da parte dei medici di assistenza primaria, anche attraverso società di servizio o cooperative.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, Rep. Atti n.164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale-triennio 2016-2018.

Rep. Atti n. 112/CSR 21 giugno 2018

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 21 giugno 2018;

VISTA la legge 26 maggio 2004, n. 138 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, che all'articolo 2-*nonies* dispone che l'accordo collettivo nazionale concernente il personale sanitario a rapporto convenzionale è reso esecutivo con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013 avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (Rep. Atti n.164/CSR);

VISTA la nota del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 7 giugno 2018 con la quale ha comunicato che fra la Struttura tecnica Interregionale Sanità Convenzionata - SISAC, istituita dall'articolo 52, comma 27, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e le Organizzazioni sindacali è stata sottoscritta l'ipotesi di accordo indicato in oggetto ed ha trasmesso copie dei seguenti documenti:

- ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - triennio 2016-2018 (sottoscritta in data 29 marzo 2018) e relativa relazione tecnico-illustrativa e tecnico-finanziaria;
- parere favorevole reso dal Comitato di settore del comparto Regioni-Sanità in data 10 maggio 2018;
- nota del 30 maggio 2018 con la quale la Corte dei Conti ha comunicato che le Sezioni riunite della medesima Corte in sede di controllo hanno deliberato la certificazione positiva sulla predetta ipotesi di accordo, con le osservazioni contenute nell' allegato alla deliberazione in corso di deposito;
- nota del 27 aprile 2018 attestante il parere positivo formulato dalla Ragioneria Generale dello Stato;

CONSIDERATO che nell'inviare la documentazione sopra indicata, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha richiesto l'iscrizione dell'argomento all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni, per acquisire l'intesa prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013;

VISTA la nota del 12 giugno 2018 dell'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza con la quale è stata diramata l'ipotesi di accordo collettivo;

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole all'intesa sull'ipotesi di Accordo collettivo Nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale-triennio 2016 -2018, allegato A, al presente atto;

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano,

SANCISCE INTESA

sull' ipotesi di Accordo collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale-triennio 2016-2018, che in allegato A al presente atto, ne costituisce parte integrante.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
Sen. Erika Stefani