



Struttura interregionale sanitari convenzionati

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

BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

In data 10 marzo 2010 alle ore 12.00, 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'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Franco Rossi

**E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:**

**FIMMG**

**SNAMI**

---

**SMI**

---

**INTESA SINDACALE**

**CISL MEDICI - FP CGIL MEDICI - SIMET - SUMAI**

Vista la legge 23 dicembre 1978 n. 833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;



**IPOTESI DI 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**

**INDICE**

ART. 1 – ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP. ....	4
ART. 2 – MODIFICHE ALLE NORME VIGENTI SULL'INCOMPATIBILITÀ. ....	5
ART. 3 – DISPOSIZIONI SUI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONI "PAPERLESS". ....	6
ART. 4 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE. ....	7
ART. 5 – INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI. ....	8
ART. 6 – TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI. ....	9
ART. 7 – IMPIEGO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE E NELLE UCCP. ....	10
ART. 8 – AUMENTI CONTRATTUALI. ....	11
ART. 9 – MODIFICHE ALL'ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I. ....	14
ART. 10 – ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I. ....	15
NORMA TRANSITORIA N. 1. ....	16
DICHIARAZIONE A VERBALE. ....	17

*Manlio*



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

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006;

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 24 luglio 2003;

Visto l'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004 n. 138;

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

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311;

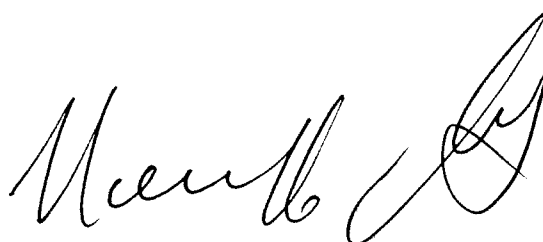
Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.



## **ART. 1 – ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP.**

---

1. Nelle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) di cui all'art. 26ter ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, è istituito il ruolo del referente unico scelto tra i medici dell'UCCP in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno cinque anni.
2. Gli Accordi regionali individuano le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'UCCP definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte delle Aziende Sanitarie, stabilendo anche il compenso da corrispondere.
3. Il referente unico si avvale della collaborazione dei coordinatori delle Aggregazioni Funzionali di cui all'art. 26bis ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.
4. L'onere del compenso di cui al comma 2 viene finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali dal presente rinnovo contrattuale.



**ART. 2 – MODIFICHE ALLE NORME VIGENTI SULL'INCOMPATIBILITÀ.**

---

1. Fatti salvi i criteri di incompatibilità già sanciti dall'art. 17 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che:
  - a) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati;
  - b) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. La disciplina negoziale delle singole professioni afferenti il presente Accordo non può derogare alle disposizioni del precedente comma. Le clausole difformi sono abrogate fatta salva la norma finale n. 10 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.



**ART. 3 – DISPOSIZIONI SUI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONI “PAPERLESS”.**

---

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della regione o provincia autonoma della rete informatica regionale di cui all'art. 59ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., nell'ambito dei compiti del medico di assistenza primaria, è avviato il percorso di implementazione del “patient summary” attraverso le seguenti fasi da attuare progressivamente:
  - a) l'implementazione ha inizio con l'invio sperimentale, al fine della valutazione della qualità del dato, di un set concordato di informazioni riferito agli assistiti in carico ultra 75enni;
  - b) stabilizzato il flusso di cui al punto a), viene stabilita concordemente a livello regionale la graduale implementazione dell'invio dei dati, riferita agli assistiti in carico con patologie croniche;
  - c) al termine delle fasi di cui ai precedenti punti a) e b) è prevista una verifica congiunta a livello regionale al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi ed introdurre gli eventuali ed opportuni aggiustamenti per il consolidamento del “patient summary” riferito a tutta la popolazione assistita, al fine dell'utilizzo da parte del Sistema Sanitario Regionale.

Le regioni definiscono, d'intesa con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, la tempistica più opportuna del percorso di implementazione del “patient summary” per rendere coerente lo sviluppo della sanità elettronica con la programmazione regionale.

2. L'individuazione dei pazienti cronici per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 8 del presente accordo viene effettuata con criteri definiti e condivisi a livello regionale. Per tali pazienti i medici di assistenza primaria inviano all'Azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai pazienti cronici in carico. I dati epidemiologici in loro possesso da trasmettere nel prospetto informativo sono individuati e condivisi a livello regionale.
3. Le informazioni di cui al presente articolo, così come quelle previste all'articolo 59bis dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e più in generale qualsiasi altra informazione amministrativa rilevante sotto il profilo del rapporto convenzionale, vengono trasmesse dal medico all'Azienda sanitaria e da quest'ultima al medico esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.
4. Gli obblighi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo devono rispettare la tempistica prevista al 1° comma dell'art. 59ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., fatto salvo quanto previsto al comma 4 dell'art. 59bis e al comma 5 dell'art. 13bis del medesimo ACN.



#### **ART. 4 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.**

---

1. L'Accordo collettivo nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del SSN, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V° della Costituzione, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:
  - La definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
  - La dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
  - La responsabilità delle istituzioni, Regioni e Aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.
6. È abrogato l'art. 2 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

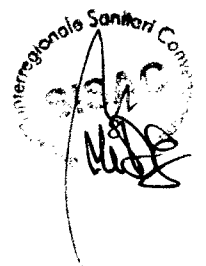
*Manlio G.*



## **ART. 5 – INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.**

---

1. I prossimi AIR dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP), individuate con l'ACN 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:
  - a) Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;
  - b) Azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi, con particolare riferimento a:
    - Accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica)
    - Possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di UCCP, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento
    - Individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP
    - Potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato
    - Sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi
  - c) Miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi;
  - d) Definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;
  - e) Valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica;
  - f) Messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile, coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle AFT e delle UCCP.


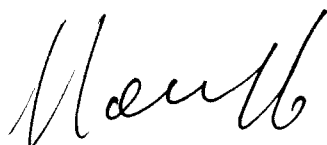




## **ART. 6 – TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI**

---

1. Gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) sono siglati e resi operativi da appositi provvedimenti regionali entro 9 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo Collettivo Nazionale.
2. Qualora in una Regione tale termine non venga rispettato, le risorse definite dal presente ACN per l'AIR vengono attribuite come segue:
  - per ciascun settore di attività (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei servizi, Emergenza territoriale), secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente ACN;
  - sono riconosciute ai medici convenzionati previa riduzione del 10%.
  - la Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti.



**ART. 7 – IMPIEGO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE E NELLE UCCP.**

---

1. Nell'ambito della UCCP, lo specialista ambulatoriale ha il compito di garantire l'assistenza specialistica definita dalla programmazione aziendale ai pazienti assistiti dall'UCCP, presso la sede della stessa, a domicilio o presso altre strutture residenziali.
2. L'attività dello specialista ambulatoriale nell'ambito della UCCP si svolge in accordo con l'attività degli altri medici convenzionati operanti nella medesima UCCP (medicina generale, pediatria di famiglia, ecc.) e viene coordinata dal referente della stessa UCCP.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



## **ART. 8 – AUMENTI CONTRATTUALI.**

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia, fissano un aumento, 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 A – Arretrati 2008 - 2009**

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2008	0,27
arretrati 2009	2,17

**TABELLA B – Incrementi 2010**

Decorrenza	quota capitaria	ACN 23 marzo 2005 e s.m.i./presente accordo
dal 1.1.2010	€ 10,80	Art. 59, lett. A, comma 9
dal 1.1.2010	€ 0,20	Assistenza al cronico
dal 1.1.2010	€ 0,81	Accordo Integrativo Regionale

### **Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale**

**TABELLA C – Arretrati 2008 - 2009**

Anno	€/per ora
arretrati 2008	0,08
arretrati 2009	0,69

**TABELLA D – Incrementi 2010**

Decorrenza	quota oraria	ACN 23 marzo 2005 e s.m.i./presente accordo
dal 1.1.2010	€ 0,43	Artt. 72, comma 1 e 98, comma 1
dal 1.1.2010	€ 0,26	Accordo Integrativo Regionale



## Medici di Medicina dei Servizi Territoriali

### TABELLA E - Arretrati 2008 - 2009

Anno	€/per ora
arretrati 2008	0,08
arretrati 2009	0,69

### TABELLA F - Incrementi 2010

Decorrenza	quota oraria	ACN 23 marzo 2005 e s.m.i./presente accordo
dal 1.1.2010	€ 0,43	Art. 85, comma 1
dal 1.1.2010	€ 0,26	Accordo Integrativo Regionale

2. le Regioni, per i relativi accordi decentrati potranno contare su una quota per assistito/ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, pari ad euro 0,81 (zero/81) per l'assistenza primaria, euro 0,26 (zero/26) per la continuità assistenziale, per l'emergenza sanitaria territoriale e per la medicina dei servizi.
3. Ai sensi dell'art. 59, lett. A, comma 9 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, il compenso aggiuntivo annuo, pari ad euro 20,29 è incrementato, a far data dal 1 gennaio 2010, di euro 10,80 (dieci/80).
4. A far data dal 1 gennaio 2010, ai sensi dell'art. 72, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., l'onorario professionale dei medici di continuità assistenziale è rideterminato in euro 22,46 (ventidue/46).
5. A far data dal 1 gennaio 2010, ai sensi dell'art. 85, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., l'onorario professionale dei medici di medicina dei servizi è incrementato ulteriormente di euro 0,43 (zero/43).
6. A far data dal 1 gennaio 2010, ai sensi dell'art. 98, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., l'onorario professionale dei medici di emergenza sanitaria territoriale è rideterminato in euro 22,46 (ventidue/46).
7. Euro 0,20 (zero/20), per ciascun assistito dai medici di assistenza primaria, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, viene attribuito dalla Regione ai propri medici di assistenza primaria in base al numero di assistiti presenti nella loro lista affetti da una o più delle patologie croniche di cui al DM 28 maggio 1999, n. 329.
8. Le Regioni assegnano tale disponibilità finanziaria entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente ACN. Trascorso tale termine, le risorse non assegnate per l'assistenza ai

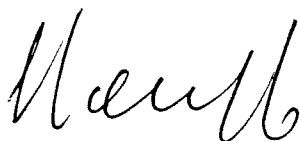


12  
Associazione Sanitari Cont.  
SISAC



pazienti di cui al precedente comma 7, vengono assegnate ai medici sulla base del numero di assistiti con età superiore ai 75 anni presenti nella loro lista.

9. La mancata collaborazione del medico di assistenza primaria nel fornire quanto previsto al precedente art. 3, comma 2 comporta la sospensione dell'assegnazione della quota di cui al precedente comma 7.
10. Gli arretrati di cui alle tabelle A (medici di assistenza primaria), C (medici di continuità assistenziale e emergenza sanitaria territoriale), E (medici di medicina dei servizi) del comma 1 del presente articolo, sono corrisposti entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.
11. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali di cui ai commi 3, 4, 5 e 6 del presente articolo sono corrisposti entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.
12. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali, a far data dal 1 gennaio 2010, di cui al comma 2 del presente articolo, sono corrisposti entro tre mesi dalla stipula dell'accordo regionale o entro tre mesi dalla scadenza dei termini dell'art. 6 del presente ACN.
13. Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale del medico di assistenza primaria e delle scelte in deroga acquisibili secondo quanto previsto dall'art. 40 dell'ACN 23 marzo 2005.



**ART. 9 – MODIFICHE ALL'ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.**

---

1. Nell'art. 59, lett. B, comma 7 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. dopo le parole "utilizzano un infermiere professionale" sono inserite le seguenti "o un tecnico della riabilitazione, o un assistente sanitario, o un ostetrico o altro professionista sanitario equivalente". Nel medesimo comma dopo le parole "per assistito in carico." sono aggiunte le seguenti "Nell'ambito delle medesime risorse di cui all'art. 46 e fermo restando la misura fissata al successivo comma 8 lett. d), i medici di assistenza primaria possono utilizzare l'operatore socio sanitario (O.S.S.) assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria o fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali. L'Azienda per l'OSS corrisponde, fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter, un'indennità annua nella misura di Euro 3,50 per assistito in carico."
2. Nell'art. 22, comma 10 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. dopo le parole "sindacali firmatarie" le parole "del presente accordo" sono sostituite dalle seguenti: "dell'accordo di rinnovo del biennio economico 2008-2009".



**ART. 10 – ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.**

---

1. Il presente Accordo rappresenta il rinnovo del biennio economico 2008-2009 e integra con le clausole normative dei precedenti articoli il quadro normativo dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



## **NORMA TRANSITORIA N. 1**

---

I rapporti contrattuali in essere tra i medici incaricati provvisori, i medici in servizio di guardia medica, di cui rispettivamente agli articoli 50, 51 della L. 9 ottobre 1970, n. 740 col SSN possono essere prorogati fino alla predisposizione della specifica disciplina da definire nella successiva contrattazione nazionale.





**DICHIARAZIONE A VERBALE**

---

Le regioni si impegnano ad utilizzare l'eventuale disponibilità di risorse derivante dall'applicazione dell'art. 6, comma 2 del presente Accordo a favore di programmi di integrazione tra l'attività di continuità assistenziale e quelle di assistenza primaria.

