

Deliberazione della Giunta Regionale 29 gennaio 2013, n. 37-5285

Recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la Continuità Assistenziale: integrazione art.11 della D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006.

A relazione dell'Assessore Monferino:

Premesso che il vigente ACN del 29 luglio 2009, così come modificato e integrato dall'ACN dell'8 luglio 2010, disciplina i rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s. m. e i.;

Il vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, nel definire i livelli della contrattazione decentrata (artt. 4 e 14), prevede che, a livello regionale, si concordino con le OO.SS. più rappresentative dei medici di medicina generale, firmatarie dello stesso, i contenuti demandati alla negoziazione regionale, al fine di realizzare, attraverso l'Accordo Integrativo Regionale, livelli assistenziali qualificati, nell'ottica della programmazione regionale, in coerenza con il Piano Socio-Sanitario Regionale e in sintonia con i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (L.E.A.).

Atteso che l'organico del servizio regionale di Continuità Assistenziale ha evidenziato nel corso degli anni alcune criticità caratterizzate, tra l'altro, da alto turnover, bassa specializzazione, scarsa valorizzazione della professionalità, squilibri di organici tra le diverse realtà aziendali e regionali, con particolari disomogeneità derivanti dalle caratteristiche orogeografiche, abitative e organizzative e dalla presenza dell'area metropolitana della città di Torino;

Preso atto che al fine di garantire, a livello regionale, un servizio qualificato e proporre interventi mirati e soluzioni efficaci alla sostenibilità del servizio, in data 17.12.2012 tra le OO.SS. più rappresentative dei medici di medicina generale (FIMMG, SNAMI e SMI) e l'Assessore Regionale alla Tutela della Salute e Sanità è stato sottoscritto un Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la Continuità Assistenziale;

Il presente Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la Continuità Assistenziale, attraverso l'Allegato 1), parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, persegue l'obiettivo della "sostenibilità del Servizio", evidenziandone le criticità e proponendo soluzioni percorribili, pur nel rispetto del quadro normativo di settore attualmente vigente e dei vincoli di natura economica, al fine di raggiungere gli obiettivi di razionalizzazione della spesa e contenimento dei costi, alla luce di quanto indicato dai provvedimenti che hanno recepito il Piano di rientro, riqualificazione, riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico del S.S.R., in particolare con la D.G.R. n. 32-4961 del 28.11.2012 (interventi e misure per la riorganizzazione del sistema regionale di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica).

Il presente Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la Continuità Assistenziale si propone inoltre di riqualificare il servizio regionale di Continuità Assistenziale, adottando provvedimenti volti alla rimodulazione dell'orario di lavoro e, attraverso il potenziamento del doppio incarico, di favorire progressivamente una forte integrazione tra i professionisti a rapporto convenzionale con il SSN, operanti nell'area della medicina generale, i quali, nell'ottica di un programmato coordinamento distrettuale, possono orientare la loro attività sanitaria al perseguimento di "obiettivi di assistenza", tali da garantire sempre una maggiore qualità nelle prestazioni, in coerenza con le indicazioni del Piano Socio-sanitario Regionale.

Il presente Accordo Integrativo Regionale rappresenta anche un primo passo fondamentale verso la realizzazione del ruolo unico della medicina generale, favorendo una migliore organizzazione dell'assistenza territoriale, atta a ridurre il ricorso improprio al P.S. e a raggiungere il massimo livello possibile di appropriatezza nelle scelte dei percorsi assistenziali, in equilibrio e sintonia tra Territorio e Ospedale.

Il presente Accordo Integrativo Regionale costituisce infine uno strumento operativo e professionale, attraverso il quale i Medici di Continuità Assistenziale vengono coinvolti nel processo di programmazione e di razionalizzazione dell'assistenza territoriale, anche attraverso il loro coinvolgimento in Progetti regionali ed aziendali finalizzati.

Tutto ciò premesso, alla luce delle suesposte considerazioni, il Relatore propone alla Giunta Regionale di approvare l'Accordo Integrativo Regionale per la Continuità Assistenziale, di cui all'All.1), che costituisce parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, siglato tra le Parti il 17.12.2012, condividendone i contenuti;

Visto il Decreto Legislativo n. 502/92 e s.m.i;

Visto l'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale, ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502 e s. m. e i. del 29.7.2009, così come modificato e integrato dall'ACN dell'8 luglio 2010;

Richiamato l'art. 11, All.1) alla DGR n. 28-2690 del 24.4.2006,

Vista la D.G.R. n. 32-4961 del 28.11.2012,

La Giunta regionale, accogliendo le argomentazioni del Relatore, all'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge,

delibera

di recepire, per le argomentazioni illustrate in premessa, l'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la Continuità Assistenziale, di cui all'All. 1), che costituisce parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, siglato dalle Parti in data 17.12.2012, condividendone i contenuti ad integrazione dell'art. 11 della D.G.R. n. 28 – 2690 del 24.4.2006.

Le risorse previste per l'attuazione del presente Accordo Integrativo Regionale trovano copertura nell'ambito delle risorse già assegnate dal vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Accordo Integrativo Regionale

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il presente Accordo integra l'art. 11 dell'AIR 2006, di cui alla D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006.

Art. 1 – Incarichi a 38 ore

Qualora, solo dopo aver espletato tutte le procedure previste dall'art. 63 del vigente ACN, si verificasse l'impossibilità di garantire la copertura del Servizio di Continuità Assistenziale, le ASL propongono, prioritariamente ai medici titolari di Continuità Assistenziale e in seguito ai medici di cui alla Norma Transitoria n.4 del vigente ACN, di estendere il proprio massimale orario a 38 ore a settimana, come previsto dal comma 5, art. 70 dell'ACN vigente.

Il medico titolare di doppio incarico di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale potrà mantenere l'incarico di Continuità Assistenziale a 38 ore settimanali, fino al raggiungimento di 350 scelte, sospendendo la possibilità di svolgere l'attività libero-professionale strutturata, prevista dall'art. 65, comma 10 del succitato Accordo Collettivo Nazionale, fatti salvi i rapporti già in atto alla stipula del presente AIR.

Art. 2 - Massimali per doppio incarico

Qualora, solo dopo aver espletato tutte le procedure previste dall'art. 63 del vigente ACN e dall'art. 1 del presente accordo, si verificasse l'impossibilità di reperire medici in possesso dei requisiti richiesti per l'esercizio della medicina generale in numero sufficiente a garantire la copertura del Servizio di Continuità Assistenziale, l'ASL può consentire che, in deroga all'art.65 comma 1 e comma 5 e previo accordo con l'interessato, i medici titolari di doppio incarico di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale possano mantenere l'incarico di Continuità Assistenziale a 24 ore alla settimana sino al raggiungimento di 900 scelte e a 12 ore alla settimana fino al raggiungimento di 1200 scelte, sospendendo la possibilità di svolgere l'attività libero-professionale strutturata, prevista dall'art 65 comma 10 del vigente ACN, fatti salvi i rapporti già in atto alla stipula del presente AIR.

L'incarico decade:

- 1) sei mesi dopo il superamento del limite di scelte;
- 2) nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura delle ore vacanti.

Art. 3 – Incarichi a tempo determinato

Qualora, espletate le procedure di cui agli articoli precedenti, si verificasse l'impossibilità di garantire la copertura del Servizio di Continuità Assistenziale, le ASL propongono incarichi a tempo determinato secondo le seguenti procedure:

1. Ogni ASL redige obbligatoriamente una graduatoria di disponibilità con validità annuale o, in caso di documentata carenza, anche semestrale. Le domande di inserimento in detta graduatoria devono essere inviate entro il 31 di gennaio ed eventualmente entro il 31 luglio di ogni anno. Entro il 15 di febbraio ed eventualmente entro il 15 agosto la graduatoria viene resa pubblica. Entro il 1 di marzo ed eventualmente entro il 1 settembre vengono confermati o assegnati gli incarichi volti a garantire la copertura del Servizio.

2. La graduatoria è costituita da 4 sezioni, formate dalle seguenti tipologie di medici:

- a) Medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale o equipollenti non presenti nella graduatoria regionale di Settore
 - b) Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale
 - c) Medici non inclusi nelle categorie a, b, d
 - d) Medici frequentanti un corso di specializzazione
3. All'interno di ogni sezione è data priorità ai medici residenti nell'ASL (10 punti) e nella Regione Piemonte (10 punti). A parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.
 4. Gli incarichi vengono assegnati scorrendo nell'ordine le 4 sezioni.
 5. Tutti gli incarichi sono attribuiti a 24 ore a settimana.
 6. Fanno eccezione al punto precedente unicamente gli incarichi assegnati ai medici della sezione d) che avranno un massimale di 60 ore al mese.
 7. Tutti gli incarichi hanno durata annuale e sono rinnovabili.
 8. L'incarico si interrompe anticipatamente nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura delle ore vacanti.

Qualora, espletate le procedure di cui agli articoli precedenti, si verificasse l'impossibilità di garantire la copertura del Servizio di Continuità Assistenziale, le ASL propongono ai medici delle sezioni a) e c) di estendere gli incarichi a 38 ore a settimana.

Art. 4 - Organizzazione del lavoro

1. La durata ordinaria dei turni è di 10 ore (prefestivo) o di 12 ore (festivo e notturno).
2. In situazioni di particolare impegno lavorativo, l'ASL può concordare con i Medici di Continuità Assistenziale il frazionamento del turno di 10-12 ore, in turni di durata minore, purché non inferiori a 4 ore, fatta salva la durata del turno di servizio.

Art. 5 – Compatibilità

In attuazione dell'art. 66 comma 4 del vigente ACN e ai sensi dell'art. 17 comma 2 c), si intende compatibile con lo svolgimento di incarico nella Continuità Assistenziale la libera professione svolta in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate, purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali e purché non ecceda l'impegno orario di 21 ore settimanali per i titolari di rapporto a 24 ore settimanali e di 7 ore per i titolari che abbiano optato per l'estensione a 38 ore settimanali. Il superamento di tale limite comporterà, per questi ultimi, la riduzione dell'orario a 24 ore settimanali.

Art. 6 – Rapporto Ottimale

Ai sensi dell'art. 64 del vigente ACN la Regione identifica per ogni ASL il rapporto ottimale da rispettare, mantenendo il rapporto ottimale medio regionale di 1 medico/5000 abitanti residenti. Il rapporto ottimale determinato per ogni ASL è il seguente:

ASL	Rapporto Ottimale
TO1-2 TORINO	1 m./6500 ab.
TO3 COLLEGNO	1 m./5750 ab.
TO4 CHIVASSO	1 m./4250 ab.
TO5 CHIERI	1 m./6000 ab.
VC VERCELLI	1 m./4000 ab.
BI BIELLA	1 m./4500 ab.
NO NOVARA	1 m./6000 ab.
VCO OMEGNA	1 m./3500 ab.
CN1 CUNEO	1 m./4250 ab.
CN2 ALBA	1 m./5000 ab.
AT ASTI	1 m./3500 ab.
AL ALESSANDRIA	1 m./5000 ab.

Le ASL determinano con Accordo Aziendale il rapporto ottimale di ogni Sede.

In caso di presenza di Centrale Operativa gestita da personale medico, essa rientrerà nel calcolo del rapporto medio aziendale.

Le ASL, al fine del calcolo delle ore vacanti, da definire in base al prestabilito rapporto ottimale, aggiornano annualmente il numero di abitanti residenti.

Laddove la rimodulazione del rapporto ottimale medio aziendale dovesse comportare oneri aggiuntivi a carico dell'ASL di riferimento, si dovranno prevedere tempi e modalità coerenti con il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.

Art. 7 - Tutela della maternità

Il medico di continuità assistenziale ha facoltà di sospendere la propria attività professionale secondo quanto previsto dall'art. 18 del vigente ACN, che è norma di carattere generale e quindi valida anche per il MCA.

Il medico di continuità assistenziale in gravidanza può non sospendere la propria attività professionale, consapevole di aver diritto ad agevolazioni di tipo organizzativo, di dover svolgere ogni funzione prevista dalle convenzioni; di essere unico responsabile di ogni eventuale conseguenza derivante dallo svolgimento dell'attività professionale fatto salvo il dolo o la colpa a carico di terzi.

Il medico che sospende il proprio incarico, secondo quanto previsto dall'art. 18, comma 4 del vigente ACN, non interrompe l'anzianità di servizio. Di conseguenza ogni mese di sospensione è da considerarsi ad orario pieno ai fini dell'incremento di punteggio della graduatoria regionale, fino alla concorrenza dei 5 mesi previsti per il personale dipendente.

L'incarico part-time previsto dall'art 18 comma 3 è da intendersi come riduzione dell'orario mensile, concordato tra le parti, fino a un minimo di 48 ore al mese.

Art. 8 – Linee guida

La Regione procederà, entro tre mesi dall'approvazione del presente Accordo, ad avviare, con specifico accordo tra le Parti, la definizione di apposite Linee Guida cliniche di cui all'art. 67 comma 3, per l'erogazione uniforme e razionale sul territorio regionale del Servizio di Continuità Assistenziale.

NORME FINALI

1. Entro 60 giorni dall'approvazione del presente AIR le aziende redigono o aggiornano i relativi accordi aziendali per la continuità assistenziale secondo le nuove norme.
2. Le Parti si impegnano affinché la Regione Piemonte aumenti gli iscritti in soprannumero al corso di formazione specifica in medicina generale in favore dei medici che operino in qualità di sostituti, con o senza incarichi formalizzati, che documentino lo svolgimento di attività continuativa come Medico di Continuità Assistenziale da almeno 10 anni.

DICHIARAZIONE A VERBALE

Le Organizzazioni Sindacali FIMMG, SNAMI e SMI ritengono discriminante che l'art.18 dell'ACN, nella sua formulazione attuale, non preveda la totale equiparazione e sovrapposizione delle norme riguardanti la tutela della maternità per adozione di minore e la maternità per gravidanza, nonostante il Testo Unico Maternità del 26 marzo 2001 e il regolamento ENPAM abbiano superato da anni ogni distinzione e riconoscano alle due situazioni pari diritti. Le OO.SS. chiedono alla Regione Piemonte di farsi promotrice di una revisione della stessa per una rapida e definitiva risoluzione della discriminazione in atto.

Con riferimento all'art. 18 del vigente ACN, che nella sua attuale formulazione non prevede l'equiparazione delle norme riguardanti la tutela della maternità per gravidanza alla maternità per adozione, la Regione Piemonte ritiene tale estensione un principio generale dell'ordinamento giuridico e che come tale debba essere riconosciuto.

Le Organizzazioni Sindacali FIMMG, SNAMI e SMI, ritenendo discriminante nella sua formulazione attuale quanto previsto dall'art.15, comma 3, lettera b) del vigente ACN, richiedono con forza che, poichè i medici in formazione che sospendono il percorso formativo per maternità e per motivi di salute (superiore a 40 gg. consecutivi) possono recuperare i percorsi mancanti nell'anno/anni successivo/i, per i periodi strettamente necessari al completamento dello stesso (D.L.vo n. 368/99), tali medici possano fare domanda di inserimento in Graduatoria Regionale per la Medicina Generale durante il periodo di recupero ed entrino a far parte della Graduatoria Definitiva Regionale di Settore per la Medicina Generale solo dopo aver superato l'esame finale del corso di formazione triennale di cui all'art. 14, c.4, del DM 7 marzo 2006 o l'esame in seduta straordinaria, qualora previsto.

La Regione Piemonte, condivide quanto richiesto dalle OO.SS., ma, non potendo derogare a quanto previsto dall'art. 15, comma 3, lettera b) del vigente ACN, in materia di inserimento in Graduatoria Regionale, si impegna a sostenere e a promuovere tali istanze in sede di rinnovo del prossimo ACN.

Letto, approvato e sottoscritto,

in originale firmato:

L'Assessore alla Tutela della Salute e Sanità

Paolo MONFERINO

F.I.M.M.G.

Roberto VENESIA

SNAMI

Mauro GROSSO CIPONTE

SMI

Renato CELA

Torino, 17.12.2012