



Regione Lazio

FAQ SUL CONTRATTO 2019-2021

CRITICITA' INTERPRETATIVE E DI PRINCIPIO

1. Obbligo per TUTTI ad aderire alle aft, indipendentemente dall' anzianità di convenzionamento

TRATTASI DI NORMA PREVISTA NELLA BALDUZZI (legge 189/ 2012) e quindi di necessaria attuazione nella norma contrattuale , trattandosi di NORME DI DIRITTO SUPERIORE

2. 6 mesi per le linee guida regionali e 12 per l'air (non si ritrova il riferimento in acn)

IL RIFERIMENTO TEMPORALE ERA PREVISTO NEL PRECEDENTE ACCORDO .Stante i generali ritardi attuativi regionali sul precedente acn , che stabilivano delle tempistiche attuative (precedente acn art. 8 comma 2 e 3), tali limiti temporali sono stati eliminati. Ma immaginiamo che i limiti attuativi imposti dal PNRR che impongono la piena realizzazione delle CDC entro il 2026 saranno il filo conduttore di tutti i processi regionali, pena la perdita dei finanziamenti regionali previsti dal PNRR.

3. A gennaio 2025 è possibile che le aft non siano ancora costituite, a quali ambiti saranno destinate le ore dei nuovi convenzionati?

Si farà riferimento all' articolo **32 comma 1-5 e 8** che prevedono espressamente l' individuazione dell' *“ambito territoriale di riferimento ai fini dell' iscrizione del medico”* pertanto dovranno sempre essere ricondotte all' ambito territoriale di iscrizione. Ossia la iscrizione del medico è in un ambito territoriale che è definito negli air . in quell' ambito potranno e dovranno essere svolte le attività a quota oraria. La AFT è la organizzazione funzionale di riferimento (ove e quando sarà costituita).

4. Le ore si possono fare in AFT: l'aft verrà considerata casa di comunità spoke e le ore retribuite con gli emolumenti previsti dal pnrr?

Tutte le attività a quota oraria sono retribuite come da art .47 lettera E comma 3

Il regolamento attuativo delle AFT e le loro caratteristiche organizzative e funzionali sono disciplinate negli AIR e nei Comitati aziendali.

le CDC (HUB e Spoke) sono disciplinate nel DM 77 e trovano declinazioni diverse e contestualizzate nella varie regioni , secondo i piani attuativi regionali e gli atti di programmazione regionale di cui all' art. 8 comma 2. (**NEL LAZIO VEDI PIANO DI PROGRAMMAZIONE DELLA ASSISTENZA TERRITORIALE 2024-2026 ET AL.**)

5. L' accordo prevede una tempistica per l'adeguamento orario all' aumentare delle scelte, come si distribuiranno le ore in aft (e in asl)?

Si. L' adeguamento orario è disciplinato dall' **ART.38 comma 1** :” *L' azienda provvede all' adeguamento della attività oraria entro i tre mesi successivi al raggiungimento di ciascuna fascia* “

6. La carenza si calcola sulla popolazione afferente alla aft con rapporto ottimale 1:1200

Errato La carenza si calcola sull' **ambito territoriale** ai sensi di quanto definito nell'Art. 32 e nell' allegato 7 “ come definito nell' ambito degli accordi regionali” (art.32 c.1 e comma 2) . in assenza di AIR si calcola il parametro di un medico ogni 1200 assistiti con un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5000 abitanti

- **Medici di CA che esercitano in ambiti diversi alla propria aft di pertinenza come medici di ap faranno ore nella loro aft?**

L' ACN così come firmato prevede infatti la “*previsione*” di svolgimento a tempo pieno della attività convenzionale a ciclo di scelta e/o su base oraria nell' ambito delle aft (Art.31 C 2) solo in caso di Accettazione eventuale del passaggio al ruolo unico (come disciplinato da questo contratto) consentirà “*la riconduzione ad un' unica AFT dei rapporti convenzionali finora è possibil tra diverse aziende anche di altre regioni*” (e tale possibilità permane evidentemente SOLO per i medici già convenzionati e disciplinati dall' Art. 31 dell' ACN 28 aprile 2022 (Art.31 comma 2)

7. Dove si farà la continuità dalle 20 alle 24? Gli studi periferici non hanno caratteristiche di sicurezza, sarà tutto in domiciliarità? Quanti medici per turno su popolazione 30000 (uno probabilmente)?

Gli accordi regionali disciplineranno il funzionamento delle AFT (e il raccordo con le CDC HUB e Spoke) l' AFT “ garantisce (NDR: non i singoli studi né i singoli medici) luogo la assistenza per l' intero arco della giornata e per 7 gg alla settimana. Sono i modelli organizzativi regionali che disciplineranno tali modalita' (Art. 29 comma 3 e 4) (**IMPORTANZA DEGLI AIR E DELLA PRESENZA AI TAVOLI REGIONALI**)

8. Aft senza medici già titolari di CA. E' possibile che non ci siano abbastanza disponibilità a coprire gli orari, rispettando il limite scelta/ore

Le carenze devono essere stabilite e calcolate ai sensi dell' **articolo 32** (in particolare commi dal 6 al 10): “ *qualora permanga un fabbisogno assistenziale l' Azienda procede all' inserimento di medici ai sensi Art. 33*”

9. come portare a regime le 38 ore nello studio periferico, perché attualmente un massimalista arriva tranquillamente a 45/50 ore/settimana.

Il massimalista (del ruolo unico di assistenza primaria del nuovo ACN Art.31) , ai sensi Art. 38 comma 1 **ha un debito orario di 6 ore** da svolgere in attività a quota oraria retribuite come da ART.47 comma E nuovo ACN: in € **24,25 /ora + 0,26/ora + 13,62/ora TOT: 38,13** , “ per tutte le attività previste dal PNRR/dm77 all’ interno dell CDC Hub e spoke”.

10. 1500 corrisponde a 32 ore, le deroghe sono al 20% (era 5%). Possibilità di arrivare a 1800 per studi organizzati: in definitiva 38 ore= 1800 assistiti. Capire come si possono assistere 1800 persone con 38 ore settimanali: 38 ore significa circa 7,5 ore/die comprese le domiciliari. L'assistito del singolo medico ha diritto ad un'assistenza territoriale h24, ma il medico che ha scelto è in servizio per meno di 8 ore al giorno. Nelle altre 4 ore diurne si deve rivolgere ad un altro medico, il quale, nella sua fascia oraria si sta occupando dei suoi assistiti

Tali questioni troveranno risposte nella organizzazione funzionale delle AFT e il loro coordinamento con le CDC. Saranno gli accordi regionali a disciplinare tali aspetti (ESSENZIALE LA PRESENZA DI SMI AI TAVOLI REGIONALI)

La questione del “debito orario” per arrivare alle 38 ore previste dal comma 1 Art. 38 del nuovo ACN presenta a nostro avviso una delle criticità che unitamente ai tanti aspetti penalizzanti (economici e di tutele reali e sulla attuazione dello stesso ruolo unico) dovranno trovare soluzione nel prossimo ACN e Atto di indirizzo , stante che il presente ACN con firma acquisita e ampiamente maggioritaria, già in data 8 febbraio us, è operativo dalla pubblicazione in gazzetta ufficiale, salvo bocciatura in corte dei conti e/o in Conferenza Stato regioni..

A verbale della trattativa Sisac è proprio la dichiarazione del segretario nazionale SMI che esprime delusione per la questione del mancato recepimento di Lavoro Part-time, del lavoro STRAORDINARIO (eccedente le 38 ore) e del carico burocratico e del sostanziale sottofinanziamento di questo ACN e del respingimento della nostra richiesta di adeguamento annuale all’ andamento dei prezzi al consumo, respinta da Comitato settore ed Agenas e lo scoramento dichiarato in trattativa ed agli atti per la questione INAIL ..

SMI è IMPEGNATO PER RISOLVERE GLI ASPETTI CRITICI DI QUESTO ACN

11. 400 assistiti + 38 ore corrisponde a 43 ore/settimana. È legittimo?

VEDI PUNTO 10

12. Rischio di "caporalato di fatto" o di "schiavismo". Medico neoconventionato a poche scelte, passa le sue ore in aft ad assistere i pazienti degli altri

Le attività in quota oraria dovranno rispondere alle esigenze di integrazione e assistenza previste dal DM77 (continuità della assistenza e compiti all’ interno delle CDC HUB e/o Spoke) e non una semplice attività ambulatoriale di base della medicina generale. Tali funzioni e modelli organizzativi sono demandati alle regioni negli AIR. Il neoconventionato a far data dal 1 gennaio 2025 entra comunque a 38 ore retribuite come da Art. 47 comma E e svolte per i compiti previsti dal DM77 e il PNRR.

13. La disponibilità telefonica non è più citata, ma l'assistenza diurna è in pratica 8-20

Vedi punto 12 e 7

14. le sostituzioni per l'attività a ciclo di scelta saranno sempre a carico del singolo medico, mentre per le ore dovrebbero provvedere i colleghi di AFT. Se i colleghi non sono disponibili subentra la Asl a nominare qualcuno?

Si . le sostituzioni per le attività a ciclo di scelta per le quali il mmg non abbia potuto reperire un sostituto o per le attività a quota oraria si **seguono le procedure previste dall' ART. 36** , che prevedono che l' Azienda proceda ad attivare varie richieste di sostituzione.

15. Art 35 comma 7 parla in modo sibillino di "modalità di contattabilità fuori dall'orario di studio" da definire negli AIR

Nulla è obbligatorio per il medico del ruolo unico di AP all' infuori di quanto previsto all' Art. 43 e 44 che individuano nelle AFT il luogo della integrazione delle attività orarie, sempre secondo i modelli regionali di attuazione delle AFT. (importanza degli AIR e della presenza di SMI ai tavoli)

16. art 33 comma 6 dice che l'azienda può mettere a disposizione locali per attività a ciclo di scelta. Opportunità per avere l'ambulatorio personale dentro i locali ASL? Sarebbe interessante in termini di risparmio sulle utenze etc..

Trattasi di possibilità per l' azienda di agevolare l' inserimento del medico (NDR : evidentemente in situazioni disagiate o altro) si tratta ovviamente di situazioni particolari che troveranno disciplina negli air o nei comitati aziendali. Allo studio poi del governo un DDL sulle montagne che prevederebbe una serie di agevolazioni in tal senso. Ma trattasi di opzioni governative al momento in fieri.

Al momento il PNRR ed il DM77 prevedono già la presenza di studi medici all' interno delle CDC (tutto ciò deve trovare declinazione organizzativa negli AIR – **IMPORTANZA PRESENZA SMI AI TAVOLI REGIONALI**)

17. i corsisti che prendono la carenza prima del 1 gennaio 2025, ma si diplomano dopo il 1 gennaio 2025, entrano a ruolo unico o sono considerati come i già convenzionati?

La risposta a tale quesito , stante la lettura delle norme correlate alle due tipologia di legge (medici incaricati ai sensi dell' Art.9 comma 1 DL 14/12/2018 n.135 et medici di cui all' articolo 12 comma 3 del DL 30 aprile 2019 n.35) è la seguente:

La legge del 2018 articolo 9 comma1 (che qui vi riporto) **NON PARLA DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO** bensì di :**INCARICHI**.

CONDIZIONE QUESTA (incarichi a tempo INDETERMINATO) CHE SEMBREREBBE ESSERE ESSENZIALE PER L' APPLICABILITÀ DELLA DISCIPLINA DI CUI AL PRECEDENTE ACN 2016-2018, DI CUI ALL' ART.31 COMMA 2 DEL ACN ORA FIRMATO (" IL RUOLO UNICO PER I MEDICI GIÀ INCARICATI A TEMPO INDETERMINATO è DISCIPLINATO DALL' ART. 31 DELL' ACN 28 APRILE 22").

SOLO AL COMMA 3 della legge del 2018 articolo 9 comma1 SI FA RIFERIMENTO (MA SOLO PER IL CRITERIO DI INDIVIDUAZIONE DELLE PRIORITÀ DI

ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI A TALI CORSISTI, ALLA PAROLA " PROVVISORI"
PER DEFINIRE I CRITERI DI REMUNERAZIONE E DI PRIORITÀ NELLA
ASSEGNAZIONE.

TUTTAVIA , l' Art.33 del ACN 22 (che era quello successivo a tale atto, al comma

4 dell' articolo 33 (acn aprile 2022) PARLA DI " INCARICO TEMPORANEO AI MEDICI
DI CUI (1)ALL' ART. 9 COMMA 1 DL 14 DICEMBRE 2018 N.35 O A (2) QUELLI DI CUI
ALL' ART. 12 COMMA 3 DELL' APRILE 2019 N.35.

Tuttavia, a seguito anche delle dichiarazioni SMI a tutela dei corsisti di cui sopra,
PER TALI DUE FATTISPECIE (1: MEDICI ISCRITTI AGLI ANNI DI CORSO DI
FORMAZIONE SENZA AVERE ANCORA CONSEGUITO IL TITOLO OPPURE 2)
MEDICI CHE HANNO AVUTO INCARICHI PER 24 MESI ANCHE NON CONTINUATIVI
NEI 10 ANNI PRECEDENTI), **la corretta interpretazione è la seguente:**

**I medici corsisti di cui sopra RIENTRANO A PIENO TITOLO NELLA DISCIPLINA DI
CUI ALLA NORMA DI SALVAGUARDIA (ART. 31 COMMA 2), trattandosi di incarico
temporaneo (NONGIA' A TEMPO DETERMINATO) BENSÌ CONFERITO AI SENSI
DELLA PRECEDENTE DISCIPLINA E QUINDI ANCHE SE L' INCARICO SI
PERFEZIONA NEL 2025, LO STESSO RIENTRA NELLA NORMA DI SALVAGUARDIA.**