

**ACN Medicina Generale**  
(2014 – 2016)

**Indice**

**TITOLO I        DISPOSIZIONI GENERALI**

CAPO I	Contesto istituzionale/organizzativo
Art. 1	Quadro di riferimento
Art. 2	Campo di applicazione e durata dell'Accordo
Art. 3	Livelli di contrattazione
Art. 4	Istituzione delle AFT e delle UCCP
Art. 5	Caratteristiche generali delle AFT di medicina generale
Art. 6	Il referente di AFT
Art. 7	Partecipazione dei medici di medicina generale alla UCCP
Art. 8	Il coordinatore di UCCP
Art. 9	Fornitura della dotazione strutturale, strumentale e di servizi alle AFT e all'area convenzionata delle UCCP
Art. 10	Debito informativo
Art. 11	Monitoraggio dell'applicazione dell'ACN

**CAPO II        RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI**

**CAPO III        COMITATI, COMMISSIONI E ALTRE FUNZIONI AZIENDALI**

**CAPO IV        RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

**TITOLO II        SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE**

**CAPO I        ASSISTENZA PRIMARIA**

**CAPO II        CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

**CAPO III        MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI**

**CAPO IV        EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**TITOLO III        ACCORPAMENTO DELLA A.P., C.A. E M.D.S.**

## **ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.**

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, come disposto dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, operante nel quadro istituzionale definito dalla Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, di modifica del Titolo V della Costituzione la quale ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato.
2. Il presente rinnovo contrattuale scaturisce dalla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la Legge 8 novembre 2012, n. 189. Di particolare rilievo ai presenti fini risultano le disposizioni contenute nell'articolo 1 con riferimento ai compiti assegnati alle regioni (istituzione AFT e UCCP) e agli obblighi previsti per i medici di medicina generale (inserimento nelle nuove forme organizzative e adesione al sistema informativo regionale e nazionale), nonché alle modifiche introdotte al testo dell'art. 8 del D.Lgs. 502/92. A tale provvedimento ha fatto seguito col D.P.R. 4 settembre 2013, n. 122, la possibilità, per la sola parte normativa e senza possibilità di recupero per la parte economica, di dar luogo alle procedure contrattuali e negoziali ricadenti negli anni 2013-2014.
3. Nell'ottica di condividere il percorso sistematico delle innovazioni normative apportate dal Legislatore nell'ambito dei rapporti di lavoro del pubblico impiego, il presente Accordo si adegua e raccorda con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, che modifica il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 con nuove indicazioni che per analogia sono rilevanti ai presenti fini e attengono sia alla maggior consistenza da attribuire alla parte variabile del compenso, sia ad un nuovo e più efficiente approccio al processo sanzionatorio, nonché con le più recenti leggi finanziarie (*ex plurimis* Legge 15 luglio 2011, n. 111, Legge 7 agosto 2012, n. 135).
4. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale si attiene anche al 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 di Trento e Bolzano (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014), con riferimento in particolare all'art. 5 dove tra l'altro si precisa che la natura del collegamento tra AFT e UCCP dev'essere di tipo funzionale e che la UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto.
5. La SISAC, in ottemperanza al combinato disposto dell'art. 46, comma 1 D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e dell'art. 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme interpretazione delle clausole contrattuali sentite le OO.SS. sindacali firmatarie del presente Accordo.

## ART. 2 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO.

1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia e, sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo l'esercizio delle attività professionali tra i medici di medicina generale e le Aziende sanitarie locali, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

- a) assistenza primaria;
- b) continuità assistenziale;
- c) medicina dei servizi territoriali;
- d) emergenza sanitaria territoriale.

A far data dal 1 gennaio 2017 è istituito il ruolo unico della medicina generale in cui confluiscono i settori di cui al presente comma, lettere a), b) e c).

2. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il medico di medicina generale esercita un'attività libero-professionale, operando in regime di collaborazione coordinata e continuativa nell'ambito dell'organizzazione del SSN per il perseguimento delle finalità dello stesso SSN.
3. 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 e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

### **ART. 3 – 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:
  - a) la definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
  - b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
  - c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
  - d) la definizione della parte variabile del compenso.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute 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, nonché la definizione delle modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e la distribuzione della medesima.
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. Ai sensi dell'art. 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come richiamato dall'art. 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli accordi regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.

#### **ART. 4 – ISTITUZIONE DELLE AFT E DELLE UCCP.**

1. Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le nuove forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) osservando i seguenti criteri generali:
  - a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
  - b) istituzione delle UCCP come parti fondamentali ed essenziali del Distretto in zone territoriali a prevalente elevata densità di popolazione;
  - c) sostituzione di tutte le forme associative e aggregazioni funzionali e/o strutturali esistenti con le nuove forme organizzative (AFT e UCCP);
  - d) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP, e tra queste e la Azienda Sanitaria, tramite idonei sistemi informatici.
2. La attuazione di quanto previsto dal precedente comma deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali, volti a sostituire quelli in atto, da perfezionarsi entro il 31 dicembre 2016, termine oltre il quale la Regione provvede unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale.
3. I medici operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

## **ART. 5 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AFT DI MEDICINA GENERALE.**

1. Le AFT, di cui all'art. 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali che condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.
2. La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione di norma non superiore a 30.000 abitanti ed è costituita da medici di medicina generale titolari di scelte e/o di incarichi a rapporto orario.
3. L'organizzazione della AFT prevede una sede di riferimento in cui sono collocati i servizi che l'Azienda Sanitaria prevede per il funzionamento della stessa. Tale sede può essere individuata presso un ambulatorio dei medici costituenti la AFT o presso locali messi a disposizione dall'Azienda stessa anche presso una UCCP.
4. L'Azienda Sanitaria garantisce, in forma centralizzata e per la sola attività istituzionale, a tutti i medici componenti la AFT i servizi necessari all'espletamento delle funzioni attribuite alla stessa AFT nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale.

Tali servizi possono essere forniti direttamente da parte dell'Azienda Sanitaria o indirettamente tramite il finanziamento della AFT.

5. I medici dell'AFT mantengono il proprio studio e possono svolgere parte della loro attività, a rotazione e in modo coordinato, presso la sede di riferimento. In tale ambito possono trovare collocazione i medici che svolgono attività oraria ed altre figure coinvolte nell'assistenza territoriale.
6. La AFT è priva di personalità giuridica. Se i servizi di cui al precedente comma 4 sono forniti direttamente dalla Azienda, anche la loro gestione rimane in capo alla medesima. Se invece l'Azienda fornisce risorse finanziarie per l'acquisizione dei servizi, la AFT può essere supportata sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizio. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie.
7. I compiti essenziali della AFT sono:
  - a) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
  - b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
  - c) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
  - d) garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
  - e) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
  - f) promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della *evidence based medicine*, nell'ottica più ampia della *clinical governance*;

- g) promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di *peer review*;
  - h) promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;
  - i) realizzare il coordinamento con il sistema di emergenza urgenza.
8. La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma attraverso:
- a) la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
  - b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale e con le finalità di cui al comma precedente.
9. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione dei medici delle AFT con il personale operante nelle UCCP. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

## **ART. 6 – IL REFERENTE DI AFT.**

1. Nell'ambito dei medici componenti la AFT è individuato dal direttore del Distretto un referente scelto all'interno di una rosa di nomi, composta da almeno tre candidati, proposta dagli stessi medici componenti la AFT. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni, e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere; devono, inoltre, poter documentare una chiara propensione culturale a favore delle problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, anche attraverso la partecipazione a corsi, seminari, eventi formativi orientati a tali temi.
2. Il referente è responsabile della integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché dell'integrazione tra questi ed i medici dell'Azienda, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali.

Il referente è inoltre responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali.

Il referente è infine responsabile del coordinamento dell'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.



## **ART. 7 – PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE ALLA UCCP.**

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio.
2. La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.
3. La partecipazione del medico di medicina generale alle attività della UCCP è regolata nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale.
4. Ai medici di medicina generale, operanti all'interno della UCCP, l'Azienda Sanitaria garantisce, oltre a quanto già previsto a loro favore in ambito delle AFT, l'uso dei locali, le utenze correlate e la dotazione strumentale necessaria all'espletamento dell'attività assistenziale che deve essere esclusivamente di tipo istituzionale.
5. La gestione di tali fattori produttivi è in carico all'Azienda Sanitaria.
6. I medici di medicina generale che partecipano alle UCCP, in aggiunta ai compiti previsti per le AFT, devono impegnarsi anche nello svolgimento dei seguenti:
  - a) assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
  - b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
  - c) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
  - d) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
  - e) garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
  - f) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
  - g) promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della *evidence based medicine*, nell'ottica più ampia della *clinical governance*;
  - h) realizzare il coordinamento con il sistema di emergenza urgenza.
7. La UCCP realizza i compiti di cui al precedente comma attraverso:

- a) la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
  - b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale e con le finalità di cui al comma precedente.
8. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i professionisti operanti all'interno della UCCP. La valutazione dei risultati raggiunti dai medici di medicina generale che operano all'interno delle UCCP costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei medici che svolgono attività all'interno la stessa UCCP. Detta parte variabile del trattamento economico dei medici di medicina generale è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera UCCP.

Sanità

## **ART. 8 – IL COORDINATORE DI UCCP.**

1. Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra i medici convenzionati e operanti nell'ambito della stessa Azienda, la procedura di designazione del coordinatore dovrà seguire analoghi criteri e modalità già previsti nella designazione del referente di AFT.

I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per almeno tre anni. L'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza; il candidato deve aver inoltre maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura, anche attraverso la partecipazione a corsi, seminari, eventi formativi orientati a tali temi.

2. Al coordinatore di UCCP sono affidate, in particolare, le funzioni di:
  - a) organizzazione dei percorsi assistenziali e coordinamento dell'attività clinica;
  - b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale e gli altri livelli dirigenziali Aziendali su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
  - c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi Aziendali;
  - d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, gestione di budget assegnato, rilevazione e valutazione dei fabbisogni;
  - e) proposta di implementazione di attività, di medicina di iniziativa, interventi di prevenzione ed educazione sanitaria.

**ART. 9 – FORNITURA DELLA DOTAZIONE STRUTTURALE, STRUMENTALE E DI SERVIZI ALLE AFT E ALL'AREA CONVENZIONATA DELLE UCCP.**

1. Per il finanziamento della dotazione strutturale, strumentale e di servizi destinata alle AFT e all'area convenzionata delle UCCP, le Regioni utilizzano gli incentivi e le indennità finora erogati, in base all'Accordo Collettivo Nazionale e agli Accordi Integrativi Regionali, per tutte le forme associative, per il collaboratore di studio, per l'infermiere professionale e per la funzione informativo-informatica.
2. La riallocazione di tali risorse finanziarie deve tener conto dei diversi assetti organizzativi e livelli di servizio programmati per le nuove forme organizzative.
3. L'utilizzo degli incentivi di cui al comma 1 deve risultare sostitutivo e non aggiuntivo ad eventuali risorse messe a disposizione dall'Azienda Sanitaria.

Il Sole 24 ORE  
Sanità

## **ART. 10 – DEBITO INFORMATIVO.**

1. Per l'espletamento della sua attività istituzionale il medico si avvale degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda Sanitaria.
2. Il medico assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
  - a) flusso informativo definito dalla Regione;
  - b) sistema informativo nazionale (NSIS);
  - c) tessera sanitaria e ricetta elettronica;
  - d) fascicolo sanitario elettronico (FSE);
  - e) certificazione telematica della malattia.
3. Il medico assolve, altresì, agli obblighi derivanti da ogni altro provvedimento normativo nazionale.

Il Sole 24 ORE  
Sanità

## **ART. 11 – MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DELL'ACN.**

1. Al fine della valutazione del processo di applicazione del presente ACN e di quanto previsto dagli Accordi Integrativi Regionali conseguenti al medesimo, nonché al fine di documentare il grado di convergenza/divergenza verso l'obiettivo della uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza, le Regioni e le Aziende Sanitarie trasmettono il testo degli accordi decentrati sottoscritti (AIR – Accordo Integrativo Regionale e AAA – Accordo Attuativo Aziendale), nonché le informazioni che la SISAC si incarica di definire e di raccogliere periodicamente per via informatica.
2. Tali informazioni potranno riguardare i seguenti aspetti:
  - a) assetto organizzativo dei servizi territoriali;
  - b) principali attività degli stessi servizi;
  - c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione.
3. La SISAC si impegna a rendere noti periodicamente i risultati ottenuti tramite questa attività di monitoraggio.