

Premesso che:

- in data 23.3.2005 è stato reso esecutivo, mediante intesa nella Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, in conformità delle disposizioni recate dall'art. 2-nonies, della legge 26.5.2004, n. 138, l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
- ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 4 dell'anzidetto ACN le regioni e le organizzazioni sindacali definiscono entro e non oltre sei mesi a decorrere dalla sua entrata in vigore le relative intese regionali;
- in data 15.12.2005 è stato sottoscritto tra l'Assessore alla salute e protezione sociale e le organizzazioni sindacali regionali l'accordo integrativo regionale (di seguito AIR) attuativo del suddetto ACN 23.3.2005, cui hanno fatto seguito ulteriori intese a completamento degli istituti contemplati dall'ACN;
- l'anzidetto AIR, come integrato dall'intesa del 9.2.2006, è stato approvato con la deliberazione giuntaletale 20.2.2006, n. 269;

Premesso, altresì, che l'art. 33 dell'ACN 23.3.2005, in relazione al rapporto ottimale medico/popolazione residente nell'ambito dell'organizzazione dell'assistenza primaria, ha previsto in particolare:

- al comma 9, primo periodo, che *"Fino alla stipula dei nuovi accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere, per ciascun ambito territoriale può essere iscritto solamente un medico ogni mille abitanti residenti o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni (.)."*;
- al comma 9, secondo e terzo periodo, che *"Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto medico /popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli accordi regionali e comunque fino ad un aumento massimo del 30%."*;

Atteso che il precitato AIR del 15.12.2005 ha stabilito, con riferimento all'art. 33 dell'ACN, in particolare, che:

- *"Il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore a 650."*
- *"In situazioni particolari, quali ad esempio, le zone montane ed a popolazione sparsa, potranno essere definite modalità diverse di calcolo che verranno approvate dal Comitato regionale su richiesta delle Aziende interessate."*;

Dato atto che le dott.sse Antonella Brattovich e Maria Carmela Florio con ricorso n. 383, del 19.7.2006, hanno impugnato, innanzi al T.A.R. FVG, la predetta DGR n. 269/2006 di approvazione dell'AIR stipulato il 15.12.2005 al fine di ottenerne l'annullamento, previa sospensiva, nella parte in cui è stato stabilito che il rapporto ottimale medico/popolazione è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore a 650;

Rilevato che:

- con ordinanza n. 163, del 30.8.2006, il T.A.R. FVG ha rigettato l'istanza di sospensiva degli atti impugnati con il su citato ricorso n. 383/2006 presentato dalle dott.sse Antonella Brattovich e Maria Carmela Florio;
- con sentenza n. 50, dell'11 gennaio 2007, il T.A.R. FVG ha accolto l'anzidetto ricorso n. 383/2006 annullando la citata DGR n. 269/2006 ed il presupposto accordo integrativo regionale, del 15.12.2005, nella parte contestata in cui è stabilito che il rapporto ottimale medico/popolazione è pari a un medico per ogni 1.300 residenti;
- la suddetta sentenza precisa, in particolare, che *"la norma generale è sempre quella del rapporto 1 a 1000 con facoltà a livello di accordo integrativo regionale di concordare variazioni per determinati ambiti territoriali che però non possono eccedere, in aumento, il 30%. Nessun limite è invece previsto per una variazione in diminuzione e questo ovviamente risponde alle particolari necessità territoriali delle zone disagiate per le quali viene lasciata mano libera alla contrattazione regionale."*;
- l'anzidetta sentenza evidenzia, inoltre, che *"l'accordo regionale asseritamente attuativo"*

dell'Accordo collettivo nazionale (..) definisce un nuovo rapporto ottimale MMG (..) specificando chiaramente che il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1300 residenti o frazione di 1300 superiore a 650. Il secondo comma poi ulteriormente chiarisce che il rapporto di cui sopra deve intendersi quello in via normale perché precisa che in situazioni particolari (..) potranno essere definite modalità diverse di calcolo che verranno approvate dal Comitato regionale (..);

- *la sentenza in parola sostiene, quindi, che "E' ictu oculi evidente come si sia completamente travisato il senso dell'art. 33, comma 9 (..). Infatti il criterio di 1 a 1300 viene sancito in via di norma generale mentre la norma citata demanda agli accordi integrativi regionali la competenza a fissare deroghe a tale rapporto per determinati ambiti territoriali e quindi in via di eccezione alla regola generale che resta quella del rapporto fissato dall'art. 33 (..)";*

Rilevato, altresì, che:

- l'Amministrazione regionale ha proposto appello, con istanza di sospensiva, innanzi al Consiglio di Stato avverso la suddetta sentenza del T.A.R. n. 50/2007; appello autorizzato con deliberazione giuntale n. 330, del 23.2.2007, come da nota prot. n. 1101 Avv-ct2-16670/07 del 27.2.2007 dell'Avvocatura regionale;
- il Consiglio di Stato ha accolto la suddetta istanza cautelare disponendo con ordinanza n. 2302, dell'8.5.2007, la sospensione della provvisoria esecutività dell'impugnata sentenza T.A.R. FVG 50/2007 in attesa di successivi approfondimenti nella competente sede di merito;
- con nota prot. n. 11304, del 28.5.2007, la Direzione centrale salute e protezione sociale ha informato le aziende per i servizi sanitari regionali della provvisoria sospensione dell'applicazione della sentenza T.A.R. FVG 50/2007 comunicando, altresì, di valutare le azioni da intraprendere al fine di attivare l'iter della copertura degli ambiti territoriali carenti di medici di medicina generale per assistenza primaria nelle more dell'esito del giudizio innanzi al Consiglio di Stato;
- successivamente, con nota prot. n. 1307, del 18.1.2008, e nota prot. n. 6940, del 31.3.2008, la Direzione centrale salute e protezione sociale ha invitato le aziende per i servizi sanitari a comunicare gli ambiti carenti di medici di medicina generale per assistenza primaria individuati ai sensi dell'art. 33 dell'ACN 23.3.2005 tenendo conto del rapporto ottimale 1 medico ogni 1300 stabilito con l'AIR 15.12.2005, allora applicabile per effetto della summenzionata sospensione della provvisoria esecutività della sentenza T.A.R. FVG 50/2007, al fine di:
 - procedere alla pubblicazione degli ambiti carenti di medici di medicina generale per assistenza primaria che era stata precedentemente sospesa, in via prudenziale, in attesa che fosse definito il giudizio innanzi al Consiglio di Stato;
 - riaprire, pertanto, la pubblicazione delle zone carenti in attesa della definizione del giudizio avanti al Consiglio di Stato,
 - assicurare, in tal modo, l'assistenza primaria a fronte di cessazioni dal servizio di medici di medicina generale, come segnalata dalle aziende per i servizi sanitari della regione;
- a seguito delle procedure di individuazioni delle zone carenti si è proceduto, rispettivamente, sul BUR n. 18, del 30.4.2008 e n. 47, del 19.11.2008, alla prima e seconda pubblicazione degli ambiti carenti di medici di medicina generale per l'assistenza primaria, le cui graduatorie regionali per la copertura dei suddetti ambiti, sono state approvate con i decreti del direttore centrale n. 490/SAN, del 18.6.2008, come rettificato con decreto n. 538/SAN, del 9.7.2008, nonché n. 1252/SAN, del 31.12.2008;
- Il Consiglio di Stato, con pronuncia n. 1802, depositata in data 26 marzo 2009, ha respinto l'appello dell'Amministrazione regionale confermando la sentenza di primo grado del T.A.R. FVG, che ha dichiarato l'illegittimità della su citata DGR 269/2006 e del relativo AIR 15.12.2005, nella parte in cui ha determinato il rapporto ottimale di cui all'art. 33 dell'ACN 23.3.2005 in un medico ogni 1300 abitanti residenti senza avvalersi di un quadro d'insieme e senza alcuna espressa motivazione;

Preso atto che l'anzidetta sentenza del Consiglio di Stato ha, in particolare, stabilito che:

- *“la definizione del rapporto ottimale deve avvenire in base alle regole fissate dall'art. 33 dell'Accordo stesso che limita il rapporto ottimale medico/assistito nella proporzione di 1/1000 per ciascun ambito territoriale sino alla stipula di nuovi accordi regionali. Nonostante la formulazione della norma, di disagiata lettura, appare evidente che il rapporto ottimale medico/assistito è sottratto alla contrattazione regionale di secondo livello (...)”;*
- *“In sostanza l'accordo ha inteso riservare alla contrattazione nazionale la definizione generale del rapporto ottimale in tutte le regioni, riservando alle singole regioni di determinare caso per caso e successivamente alla negoziazione regionale (cui è demandato fornire il quadro d'insieme dell'assistenza massimalista) la definizione delle singole eccezioni (...). Le regioni non possono dunque rideterminare aprioristicamente il rapporto ottimale medico/assistito per ambiti generali (...) e senza alcuna espressa motivazione che giustifichi l'aumento del rapporto ottimale.”;*
- *“(.) ai sensi del comma 9 dell'art. 33, laddove afferma che “le regioni possono indicare” e pertanto attribuisce loro una specifica potestà il cui esercizio deve essere vincolato a ben specifici presupposti (...)”;*
- *“Nella contrattazione regionale, un rapporto diverso da quello stabilito nella contrattazione nazionale non trova posto come regola rimessa alla discrezionalità delle regioni ma come vera e propria eccezione, che le regioni sono abilitate ad introdurre, sulla scorta di specifici presupposti (...)”;*

Preso atto, inoltre, che nella citata sentenza del C.d.S. n. 1802/2009:

- si riconosce il potere dell'Amministrazione di esercitare scelte discrezionali nell'ambito della programmazione ed organizzazione del sistema sanitario sul proprio territorio nonché della disciplina delle forme e delle modalità di tutela della salute, nelle quali si risolve la determinazione del rapporto fra medici e residenti assistiti nei diversi ambiti propri di ciascuna azienda per i servizi sanitari;
- sono fatti salvi gli ambiti territoriali carenti con un rapporto ottimale medico/paziente inferiore a 1 a 1000 già precedentemente individuati nell'esercizio della sua funzione di programmazione dalla Regione per situazioni particolari quali, per esempio, le zone montane e a popolazione sparsa;

Considerato che la precitata sentenza del C.d.S. ordina che la decisione sia eseguita dall'autorità amministrativa e che, pertanto, corre l'obbligo di avviare il procedimento di determinazione delle zone carenti di medicina generale assicurando l'applicazione del rapporto ottimale medico/popolazione residente sulla base della pronuncia giudiziale in parola che ha censurato il precedente rapporto ottimale 1 medico/1300 residenti, come rappresentato con la nota prot. n. 2651/Avv.ct.2-166670/07, del 19.5.2009, anche dall'Avvocatura della regione;

Ravvisata la necessità di ottemperare alla precitata sentenza n. 1802/2009;

Ritenuto, quindi, in attuazione del giudicato, di:

- avviare, tramite il Comitato Regionale ex art. 24 dell'ACN 23/3/2005, organo preposto alla definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione, la modifica dell'Accordo Regionale sulla specifica materia riferita al rapporto ottimale nella parte in cui risulta annullato dalla citata sentenza del C.d.S.;
- definire, nell'esercizio della propria funzione di programmazione sanitaria, come riconosciuta anche dal Consiglio di Stato nella citata sentenza n. 1802/2009, ambiti territoriali dell'assistenza primaria diversi nei quali stabilire un eventuale differente rapporto medico/popolazione residente, come da art. 33 dell'ACN, aventi carattere di eccezionalità ed in base a specifici presupposti ed esigenze espressamente indicati e motivati;

Accertato che:

- in data 20.4.2009 si è riunito il Comitato regionale che ha concordato di convocare in tempi brevi il gruppo di lavoro, istituito all'interno del Comitato stesso, integrato dai rappresentanti delle ASS, dai membri di parte sindacale e dal gruppo tecnico regionale,

per analizzare la situazione ed elaborare una proposta di definizione degli ambiti, ai quali applicare in aumento, o diminuzione per le zone carenti della montagna, la percentuale del 30% sul rapporto ottimale 1/1000;

- in data 28.4.2009 si è riunito, pertanto, il gruppo di lavoro per elaborare una proposta di accordo;
- successivamente sono state avviate trattative tra l'organo tecnico regionale ed il rappresentante dell'organizzazione sindacale più rappresentativa a livello regionale, per la definizione di una proposta di accordo sull'applicazione del rapporto ottimale, rispettando il criterio generale del rapporto 1/1000 ed il criterio eccezionale del rapporto maggiorato in relazione alle esigenze territoriali e organizzative;
- in assenza di ipotesi formalmente condivise è stata elaborata una proposta di parte pubblica, da sottoporre all'attenzione del Comitato regionale ex art. 24 dell' ACN, volta a garantire il rispetto del giudicato amministrativo, le esigenze territoriali e il diritto del cittadino alla libera scelta del medico, unitamente a quello dei medici ricorrenti di avere una adeguata collocazione nel sistema regionale;
- in data 27.7.2009 è stato convocato il predetto Comitato, con all'ordine del giorno, preliminarmente la proposta di parte pubblica su rapporto ottimale e su altri istituti contrattuali;
- in sede di Comitato alcune sigle sindacali hanno posto la priorità di trattare i successivi argomenti elencati nell'avviso di convocazione, ponendo l'inversione dell'ordine del giorno, quale condizione pregiudiziale per proseguire i lavori;
- a fronte dell'esigenza di dare applicazione alla sentenza, in sede di Comitato è stato ribadito il rispetto dell'ordine del giorno, con conseguente abbandono di parte della componente sindacale e scioglimento della seduta per mancanza del numero legale;

Ritenuto obbligatorio ottemperare al giudicato della precitata sentenza del C.d.S., onde evitare un eventuale commissariamento ad acta per inottemperanza, è stato nuovamente convocato l'anzidetto Comitato regionale in data 10 agosto 2009 che, dopo aver accertato il numero legale dei componenti (art. 14, c. 2, DPR n. 484/1996), ha provveduto a definire, all'unanimità, l'accordo modificativo dell'Accordo integrativo regionale del 15.12.2005 in materia di rapporto ottimale ex art. 33 ACN 23.03.2005, il cui testo, allegato al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante, è stato sottoscritto a Trieste, in data 10.8.2009, dall'Assessore alla salute e alla protezione sociale e dalle sole Organizzazioni Sindacali S.I.Me.T. Intesa Sindacale e F.P. C.G.I.L. Medici, in assenza delle altre organizzazioni sindacali di categoria;

Atteso che, nel rispetto dell'intangibilità del giudicato, la definizione del rapporto ottimale negli ambiti territoriali così come definita dal Comitato regionale nel documento in parola, soddisfa il carattere di eccezionalità e risponde a specifici presupposti ed esigenze espressamente indicati e motivati nel testo sottoscritto in sede di contrattazione decentrata regionale;

Preso atto altresì che:

- l'art. 42 del D.P.R. 31 agosto 1999 n.394 stabilisce che l'iscrizione al SSN da parte del cittadino straniero cessa con la scadenza del permesso di soggiorno, fatta salva l'esibizione, da parte dell'interessato, della documentazione comprovante la richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato;
- l'art. 40, comma 5, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo in data 23.3.2005 dispone che per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano la scelta è a tempo determinato ed ha validità pari a quella del permesso di soggiorno;
- l'art.40, comma 6, dell'anzidetto A.C.N. stabilisce che la scelta di cui al comma 5 è automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno;

Premesso che con precedente accordo integrativo regionale, siglato in data 15 aprile 2008 con i pediatri di libera scelta, di cui alla DGR n. 817 dell'8 maggio 2008, è stata regolamentata la materia in parola;

Considerata l'esigenza di uniformare per tutta l'assistenza primaria le procedure relative al mantenimento dell'iscrizione del cittadino straniero dopo la scadenza del permesso di soggiorno;

Ritenuto di applicare le stesse modalità operative anche nei confronti dei medici di medicina generale e delle aziende sanitarie;

Preso atto che il Comitato regionale, nella stessa seduta del 10.8.2009, ha approvato all'unanimità l'ulteriore accordo integrativo regionale, il cui testo, allegato al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante, è stato sottoscritto a Trieste dall'Assessore alla salute e alla protezione sociale e dalle Organizzazioni Sindacali S.I.Me.T. Intesa Sindacale e F.P. C.G.I.L. Medici;

Ritenuto pertanto di condividere i contenuti sia dell' Accordo Modificativo dell'Accordo integrativo regionale che dell'ulteriore Accordo Integrativo regionale come definiti dal Comitato ex art. 24 nella seduta del 10.08.2009;

Valutato che la mancata sottoscrizione degli Accordi da parte di alcune sigle sindacali dei MMG impone comunque una regolamentazione delle materie, sia per ottemperare al giudicato amministrativo che per uniformare la disciplina della scelta del medico in coerenza applicativa con gli Accordi sottoscritti con i Pediatri di libera scelta

Su proposta dell'Assessore alla salute e alla protezione sociale, la Giunta regionale, all'unanimità

Delibera

- 1.** Di approvare e rendere esecutivo, per i motivi espressi in premessa, l'Accordo modificativo sottoscritto a Trieste il 10 agosto 2009 dall'Assessore alla salute e alla protezione sociale e dalle Organizzazioni Sindacali S.I.Me.T. Intesa Sindacale e F.P. C.G.I.L. Medici, il cui testo è allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante.
- 2.** Di prendere atto che il suddetto Accordo modificativo sostituisce il capoverso riferito al "Rapporto ottimale MMG (art. 33, comma 9, ACN)" dell'Accordo regionale del 15.12.2005 e successive intese, dichiarato illegittimo dal Consiglio di Stato con pronuncia n. 1802, depositata in data 26 marzo 2009.
- 3.** Di precisare, altresì, che il suddetto Accordo modificativo fa salvi gli ambiti territoriali carenti con un rapporto ottimale medico/paziente inferiore a 1 a 1000 già precedentemente individuati nell'esercizio della sua funzione di programmazione dalla Regione, per situazioni particolari quali, per esempio, le zone montane e a popolazione sparsa.
- 4.** Di approvare e rendere esecutivo, per i motivi espressi in premessa, l'ulteriore Accordo integrativo sottoscritto il 10 agosto 2009 dall'Assessore alla salute e alla protezione sociale e dalle Organizzazioni Sindacali S.I.Me.T. Intesa Sindacale e F.P. C.G.I.L. Medici, il cui testo è allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante, che disciplina la "Scelta del medico (art. 40, comma 6 ACN) ".
- 5.** Di dare atto che i suddetti Accordi di modifica e d'integrazione non comportano oneri aggiuntivi a carico della Regione.

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

**Accordo modificativo e integrativo
degli Accordi regionali
attuativi dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di
medicina generale del 23 marzo 2005**

**Trieste
10 agosto 2009**

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

**Accordo Modificativo
dell'Accordo integrativo regionale
attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina
dei rapporti con i medici di medicina generale inerente al quinquennio 2001-2005
siglato in data 15 dicembre 2005**

LE PARTI

riunitesi in data 10 agosto 2009, presso la sede della Direzione Centrale della Salute e della Protezione Sociale di Trieste, esaminata la proposta di accordo modificativo dell'accordo integrativo regionale, che costituisce applicazione della disciplina riferita all'art. 33 - Rapporto ottimale - dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di assistenza primaria, reso esecutivo in data 15.12.2005, predisposta dalla delegazione di parte pubblica:

PREMESSO CHE

Il Comitato regionale, di cui all'art. 24 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per il quinquennio 2001-2005, istituito con decreto del Presidente della Regione 4 dicembre 2008, n. 0326/Pres., nella riunione tenutasi il 10 agosto 2009 ha definito il contenuto dell'accordo sulla specifica materia riferita al rapporto ottimale, come risultante in appresso:

CONSIDERATO

- o che con precedente accordo siglato in data 15/12/2005, limitatamente alla materia riferita al rapporto ottimale ex art. 33, comma 9, dell'ACN, si era stabilito che :

"Il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300, superiore a 650.

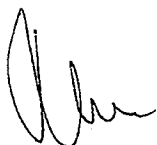
In situazioni particolari, quali, ad esempio, le zone montane ed a popolazione sparsa, potranno essere definite modalità diverse di calcolo che verranno approvate, dal Comitato regionale, su richiesta delle Aziende interessate.

Le Aziende redigono la proposta di riorganizzazione degli ambiti, secondo i nuovi parametri, entro 45 giorni dalla data di sottoscrizione del presente accordo.

Il Gruppo di lavoro regionale (istituito con DGR n. 2148 del 5.9.2005) valuterà le proposte e le trasmetterà al Comitato regionale di cui all'art 24 dell'ACN.

In attesa della definitiva riorganizzazione sono sospesi i nuovi insediamenti per le zone carenti."

- o che, avverso tale disposizione, è stato promosso ricorso giurisdizionale e che il Consiglio di Stato, definitivamente pronunciandosi con sentenza n° 1802/09, ha confermato la sentenza del TAR FVG n° 50/2007 e per l'effetto ha annullato la deliberazione della Giunta Regionale n° 269 del 20/2/2006 e del presupposto Accordo integrativo regionale stipulato in data 15/12/2005, nella parte in cui è stato stabilito che il rapporto ottimale medico/popolazione è definito in un medico ogni 1300 residenti o frazione di 1300 superiore a 650, con la motivazione che le regioni non possono rideterminare aprioristicamente il rapporto ottimale medico/assistito per ambiti generali;
- o che nella parte motiva della citata sentenza viene chiarito che l'art. 33 del ACN demanda agli accordi integrativi regionali la competenza a fissare deroghe a tale rapporto per



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

determinati ambiti territoriali e quindi, in via di eccezione, alla regola generale che resta quella fissata di 1/1000

- o che occorre ridefinire la materia del rapporto ottimale alla luce della sentenza del Consiglio di Stato e delle disposizioni di cui all'art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale;

INOLTRE

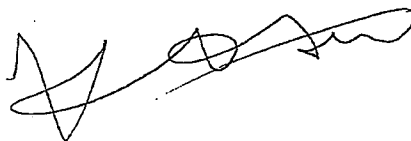
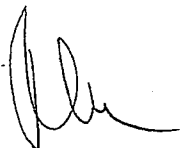
- o Accertato che, ai sensi del comma 9 del citato articolo, per ciascun ambito può essere iscritto un medico ogni mille abitanti
- o Preso atto che lo stesso articolo stabilisce che "le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto medico/popolazione residente...la variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali..."
- o Ritenuto che l'inserimento non programmato di nuovi medici convenzionati per l'assistenza primaria in ambiti aventi un basso numero di potenziali scelte rappresenta una criticità per il sistema a causa, tra l'altro, di una maggiore difficoltà a garantire qualità dei servizi, a fronte di una eccessiva frammentazione della medicina di base;
- o Reputato pertanto necessario ed importante garantire al medico di medicina generale condizioni di acquisizione di numero di scelte sufficientemente significative, in modo tale da assicurare un investimento forte nella professione;
- o Considerata la necessità di definire un diverso rapporto medici ed assistiti, non solo per governare la spesa sanitaria, quanto per garantire la funzione di integrazione, attribuendo, in relazione all'acquisizione di scelte, criteri differenziati atti a valorizzare le diverse situazioni oro-geografiche, abitative e organizzative;
- o Verificata la possibilità per le Regioni di indicare per ambiti territoriali un diverso rapporto medico/popolazione, da concordare in sede di Accordi regionali, fino al massimo del 30%
- o Valutata la possibilità di individuare, nell'ambito degli stessi Accordi, specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi zone carenti, come previsto dal comma 15 del medesimo art. 33, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale;
- o Reputato opportuno un utilizzo degli strumenti contrattuali per la modifica del rapporto ottimale in relazione alle caratteristiche del territorio, alla dimensione dei Comuni e alla potenziale ricettività dell'ambito;

le parti

tenendo conto anche delle esigenze rappresentate dalla delegazione di parte sindacale

concordano quanto segue

il capoverso relativo al rapporto ottimale MMG (art. 33, comma 9, ACN) previsto a pag. 3 dell'Accordo Integrativo Regionale siglato in data 15 dicembre 2005, viene sostituito con il seguente capoverso:



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Rapporto ottimale MMG (art. 33, comma 9, ACN)

Il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.000 residenti o frazione di 1.000, superiore a 500 per tutti gli ambiti territoriali dell'assistenza primaria, fatte salve le deroghe previste nel presente accordo.

In particolare tale rapporto ottimale 1/1000 viene garantito negli ambiti con popolazione superiore a **40.000** e negli ambiti con popolazione **inferiore a 5.001 abitanti**.

Per evitare una eccessiva frammentazione dell'assistenza primaria e fronteggiare le criticità legate ad un basso numero di potenziali scelte in carico al medico di medicina generale, negli ambiti di fascia intermedia con popolazione compresa **tra 40.000 abitanti e 10.001 abitanti**, ai sensi del combinato disposto di cui al comma 9 con il comma 15 dell'art. 33 dell'ACN vengono introdotti alcuni fattori e parametri per la determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, rapportando il numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e alla effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale.

Tale valore soglia viene individuato nella percentuale del 30% mediante specifica formula di calcolo.

Le Aziende sanitarie possono stabilire, preventivamente e per ciascun ambito territoriale di scelta, un diverso e più alto valore soglia di ricettività, compreso tra il 31% ed il 40%, per garantire la necessaria variabilità a livello locale. In tale ultima ipotesi le Aziende dovranno definire il diverso valore soglia con apposito atto formale e previo parere del Comitato aziendale.

Definito il valore soglia teorico (uguale o superiore al 30%), lo stesso verrà raffrontato al valore determinato con riferimento ai seguenti parametri:

1. somma dei massimali di scelta di ciascun medico nell'ambito (interi o ridotti)
2. popolazione residente nell'ambito, con le detrazioni previste dal comma 9 e 11 dell'art. 33 ;

La differenza tra il 1° parametro (somma massimali) ed il 2° parametro (popolazione residente con detrazioni) viene divisa per la popolazione residente con detrazioni e moltiplicata per 100. Tale dato determina la percentuale di ricettività.

L'Azienda procederà all'individuazione di una o più zone carenti laddove la percentuale di ricettività sia pari o inferiore al valore soglia teorico (30%) o al maggiore valore soglia teorico prescelto (dal 31% al 40%).

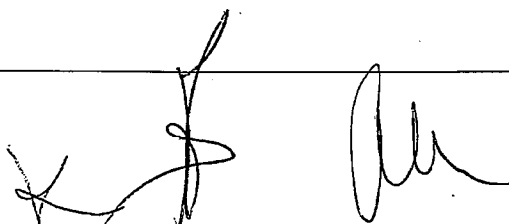
Individuato il 1° posto vacante nella zona carente, occorre procedere aumentando la somma massimali di 1500 e rideterminare la percentuale di ricettività.

Se tale nuovo valore è pari o inferiore al valore soglia teorico (30%) o al maggiore valore soglia teorico prescelto (dal 31% al 40%) si otterrà il 2° posto vacante nella zona carente. Si procederà ulteriormente aumentando sempre la somma massimali di ulteriori 1.500 e così via per i successivi posti vacanti all'interno dell'ambito.

Qualora la percentuale, anche aumentata, risulti superiore al valore soglia, la stessa non dà titolo alla individuazione di ulteriori posti vacanti nella zona carente.

L'applicazione dei suddetti parametri non deve comunque comportare la variabilità del rapporto ottimale oltre il limite fissato dall'ACN.

Al fine di assicurare al medico di medicina generale condizioni di acquisizione di numero di scelte sufficientemente significative, in modo tale da stimolare un investimento forte nella professione e favorire una stabilizzazione sul territorio, negli ambiti territoriali di fascia medio bassa, con popolazione compresa **tra 5.001 e 10.000** abitanti viene individuato un diverso rapporto medico/popolazione con aumento del 30% del rapporto ottimale, pari a 1/1300 o frazione superiore a 650.



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

In situazioni particolari, quali, ad esempio, le zone montane ed a popolazione sparsa, agglomerati urbani ecc. potranno essere definite, con espressa motivazione, modalità diverse di calcolo, fino al limite inferiore del 30% del rapporto ottimale 1/1000, che verrà approvato, dal Comitato regionale, su richiesta delle Aziende interessate.

Sono fatte salve le deroghe già approvate dal Comitato regionale.

Ai fini del corretto calcolo e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

Trieste, 10 agosto 2009

**L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE
E PROTEZIONE SOCIALE**

- prof. Vladimir Kosic -



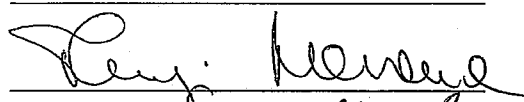
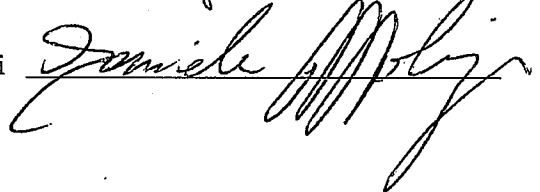
LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

FIMMG _____

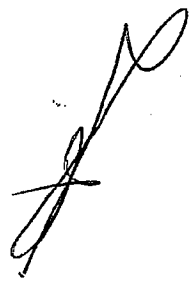
SMI _____

SIMET _____

CGIL Medici _____

* (FIRMA TECNICA
VEDI DICHIARAZIONE
A VERBALE)



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Ulteriore Accordo Integrativo regionale
attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina
dei rapporti con i medici di medicina generale inerente al quinquennio 2001-2005
siglato in data 15 dicembre 2005

LE PARTI

riunitesi in data 10 agosto 2009, presso la sede della Direzione Centrale della Salute e della Protezione Sociale di Trieste, esaminata la proposta di ulteriore accordo integrativo regionale, relativamente ad alcuni istituti contrattuali, che costituisce applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di assistenza primaria, reso esecutivo in data 15.12.2005, predisposta dalla delegazione di parte pubblica:

PREMESSO CHE

Il Comitato regionale, di cui all'art. 24 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per il quinquennio 2001-2005, istituito con decreto del Presidente della Regione 4 dicembre 2008, n. 0326/Pres., nella riunione tenutasi il 10 agosto 2009 ha definito il contenuto dell'accordo sulle specifiche materie riferite a:

o scelta del medico
come risultante in appresso:

1. Scelta del medico

- o Atteso che l'art. 42 del D.P.R. 31.8.1999, n. 394 stabilisce che l'iscrizione al SSN da parte del cittadino straniero cessi con la scadenza del permesso di soggiorno, fatta salva l'esibizione, da parte dell'interessato, della documentazione comprovante la richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato
- o Visto l'art. 40, comma 6, dell'ACN che dispone che la scelta del medico da parte del cittadino extracomunitario sia automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, ferma restando ogni eventuale azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito del mancato rinnovo del permesso di soggiorno;
- o Premesso che con precedente accordo siglato in data 15/04/2008 con i Pediatri di libera scelta, è stata regolamentata la materia
- o Attesa l'esigenza di uniformare le procedure relative al mantenimento dell'iscrizione del cittadino straniero dopo la scadenza del permesso di soggiorno;
- o Ritenuto di applicare le stesse modalità operative anche nei confronti dei MMG e delle Aziende sanitarie

le parti

tenendo conto anche delle esigenze rappresentate dalla delegazione di parte pubblica

concordano quanto segue

l'Accordo Integrativo Regionale siglato in data 15 dicembre 2005, viene integrato con il seguente capoverso da inserire a pag. 14, prima delle disposizioni finali.

Le disposizioni decorrono dalla data di esecutività del presente accordo:

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Scelta del medico (art. 40, comma 6, ACN)

Premesso che, ai sensi del comma 5 dell'art. 40 ACN, il cittadino extracomunitario ha diritto alla scelta del medico per un tempo determinato pari alla validità del permesso di soggiorno, al fine di evitare la cancellazione dal SSN, con conseguente esclusione dall'elenco del proprio medico di medicina generale, l'interessato deve recarsi presso gli uffici dell'Azienda per i servizi sanitari, esibendo una copia della richiesta del rinnovo del permesso di soggiorno ovvero, se ne è già in possesso, del nuovo permesso di soggiorno.

Per evitare interruzioni nell'erogazione dell'assistenza sanitaria il cittadino straniero, con permesso di soggiorno scaduto, mantiene l'iscrizione nell'elenco del proprio medico per un ulteriore periodo di tre mesi. Scaduto tale termine, senza che l'interessato abbia provveduto a documentare agli uffici dell'Azienda per i servizi sanitari almeno l'avvenuta presentazione della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno verrà effettuata, d'ufficio, la cancellazione dall'iscrizione al SSN, con conseguente revoca della scelta del medico convenzionato a partire dalla data di scadenza del termine dell'ulteriore periodo di tre mesi in questione. Al medico di medicina generale verrà erogata, per il trimestre di proroga dell'assistenza, la quota capitaria relativa alle mensilità in questione.

Con l'esibizione della domanda di rinnovo del permesso di soggiorno, il cittadino vedrà prorogato il diritto all'assistenza, di tre mesi in tre mesi, fino a quando sarà in grado di esibire il permesso di soggiorno rinnovato.

La Regione provvede affinché, per mezzo di informativa scritta, venga data apposita comunicazione ai cittadini extracomunitari, nei 30 giorni antecedenti alla scadenza del permesso di soggiorno, delle modalità di cui al presente punto, sollecitando tali stranieri a presentarsi, dopo la scadenza del proprio permesso di soggiorno e, comunque, entro tre mesi dalla stessa, agli uffici dell'Azienda sanitaria documentando l'avvenuta richiesta alla Questura del rinnovo del permesso di soggiorno senza attendere il rilascio del permesso rinnovato, pena lo scadere del proprio diritto all'assistenza erogata dal proprio medico di medicina generale.

Trieste, 10 agosto 2009

L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE
E PROTEZIONE SOCIALE

- prof. Vladimir Kosic -

LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

FIMMG _____

SMI _____

SIMET _____

CGIL Medici _____

