



Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
Area Risorse Umane

Prot. n

GR/11/44

Roma, li

AI DIRETTORI GENERALI  
E COMMISSARI STRAORDINARI  
DELLE ASL DEL LAZIO  
LORO SEDI

ALLE OO.SS.  
DELLA MEDICINA GENERALE  
LORO SEDI

OGGETTO : DCA n. U00565/2017 : Presa d'atto dell' Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OOSS della medicina generale avente ad oggetto " La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di Salute e Medicina d'Iniziativa".

Con il Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017, n. U00565, è stato recepito l' Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OOSS della medicina generale avente ad oggetto " La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di Salute e Medicina d'Iniziativa. Come già noto il suddetto DCA è stato pubblicato sul BURL n. 4 del 11 gennaio 2018.

Con la presente nota si intendono fornire le prime indicazioni in merito alla applicazione di quanto previsto nell'Accordo con riferimento agli adempimenti di prossima scadenza.

## **2.La rete della Medicina generale.**

### **2.a Le Unità di cure primarie.**

Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria già con l'accordo del 3 ottobre 2014 recepito con DCA 376/2014 si è proceduto ad una riorganizzazione delle forme associative della medicina generale attraverso la costituzione di un'unica forma organizzativa territoriale, denominata Unità di Cure primarie (UCP).

Con l' Accordo in oggetto, viene estesa a tutti i medici di medicina generale la possibilità di associarsi in Unità di Cure Primarie per dare assistenza a tutti i cittadini dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle ore 19,00.

Pertanto i medici di assistenza primaria **che ad oggi non fanno parte di alcuna Unità di Cure Primarie (UCP)** possono presentare domanda alla ASL di appartenenza, **entro il 31 marzo 2018**, per entrare a far parte della forma associativa denominata UCP.

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
*Area Risorse Umane*

Nella domanda di adesione, da presentare sulla base dei modelli allegati A e B per il tramite del referente, i medici dovranno indicare se intendono partecipare ad una UCP già esistente, oppure concordare tra loro la costituzione di una nuova UCP. Le modalità di costituzione e di funzionamento della UCP sono quelle indicate nel punto 2.a del DCA in oggetto.

Entro il 31 maggio 2018 i comitati aziendali dovranno approvare tali nuovi ingressi e/o costituzione di nuove UCP in modo da rendere effettivo l'ingresso dei medici di medicina generale nella forma associativa a partire dal 1 luglio 2018.

Si rammenta altresì che è prevista la possibilità di costituzione di una UCP mediante l'accorpamento di 2 o più UCP esistenti in un'unica forma, salvaguardando la capillarità territoriale della Medicina Generale e la prossimità di accesso per il cittadino, nel rispetto del numero massimo dei componenti previsti dagli Accordi vigenti.

### **2.b La copertura assistenziale sabato, domenica prefestivi e festivi – Ambulatori di cure primarie (ACP)**

La continuità delle cure primarie è fondamentale per dare risposte appropriate ai bisogni dei cittadini anche al fine di evitare, laddove possibile, il ricorso improprio ai PS/DEA ospedalieri. A partire dal DCA 376/2014 è stata realizzata attraverso l'attivazione del servizio degli ambulatori di cure primarie.

Con l'Accordo in oggetto il servizio di assistenza ambulatoriale già previsto per le giornate di sabato domenica e festivi, è stato esteso anche alla giornata del prefestivo, ivi compresa la festività del Santo patrono (del Comune sede dell'ACP).

Pertanto si invitano codeste Aziende ad organizzare il servizio dell'ACP nelle giornate **prefestive a partire dalle ore 14 alle ore 19**, con le medesime modalità previste per sabato, domenica e festivi.

Si coglie l'occasione per rammentare che l'articolo 47, comma 7, dell'ACN 23 marzo 2005 e s. m. i. , nei giorni prefestivi sancisce l'obbligo di effettuare attività ambulatoriale per quei medici di assistenza primaria che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino. La stessa disposizione deve essere rispettata anche per l'apertura dello studio UCP.

In relazione alla copertura del servizio si evidenzia che in caso di carenza di medici di medicina generale, come indicato al punto g dell'allegato 1, il Direttore generale può estendere la partecipazione all'attività anche ai medici, aderenti all'iniziativa, appartenenti ad altri distretti della medesima ASL; secondariamente attingere alle graduatorie aziendali, alle quali può attingere anche il coordinatore dell'ACP in caso di necessità per la copertura

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
*Area Risorse Umane*

del servizio; inoltre come concordato al punto 2.c , capoverso 5, il servizio potrà essere garantito anche dai medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale presenti nel distretto. A tal fine alla presente si allega il modello integrato per la presentazione della disponibilità alla copertura dei turni negli ACP (Modello C).

## Allegato 2

### Modalità per la sostituzione e per il trasferimento dei componenti di UCP

A seguito delle trasformazioni introdotte dal DCA 376/2014 si è reso necessario ai fini di un adeguato funzionamento delle UCP, e per uniformità di applicazione, definire modalità per la sostituzione e il trasferimento di componenti di UCP.

Anzitutto, come già consentito in precedenza, l'Accordo ha confermato la possibilità di sostituire il componente uscente da una UCP e da una FA (per dimissioni, cioè rinuncia alla FA e alla UCP, oppure per cessazione/decadenza/recesso dall'incarico di assistenza primaria).

Il componente uscente può essere sostituito sia da un medico che non appartiene a nessuna FA/UCP, sia da un medico già appartenente ad altra FA/UCP, che decide di lasciare la FA/UCP di provenienza per inserirsi nell'altra. In questo secondo caso, il medico subentra nella posizione del medico che cessa, e a sua volta potrà essere sostituito nella UCP/FA di provenienza.

Le modalità per effettuare le comunicazioni di rinuncia/cessazione dalla FA/UCP sono indicate nell'allegato 2, sopra citato . Si precisa che la sostituzione diventa obbligatoria nel caso in cui non sia garantito il numero minimo dei partecipanti che comporterebbe la decadenza dell'intera forma associativa di provenienza.

Al fine di garantire l'adeguato funzionamento delle FA /UCP, si raccomanda il puntuale rispetto del termine previsto al punto 1 dell'allegato 2 dell'accordo in oggetto, di massimo 6 mesi dalla data di cessazione/decadenza del precedente componente, per definire ed effettuare la sostituzione , nelle more della quale gli altri componenti della UCP dovranno garantire l'assistenza rimodulando gli orari.

L'Accordo in oggetto ha introdotto anche la possibilità di trasferimento di un medico da una UCP o FA ad un'altra, **indipendentemente** dalla cessazione di un componente, che comporta pertanto una diminuzione del numero dei componenti nella UCP/FA di provenienza, con conseguente aumento nell'altra, e ne ha disciplinato in maniera più dettagliata le modalità.

Il medico facente parte di una UCP e/o di una forma associativa può presentare richiesta di trasferimento ad altra UCP e alla relativa forma associativa della stessa

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
*Area Risorse Umane*

tipologia, **in presenza di fondati e documentati motivi**. I referenti delle due UCP interessate dal trasferimento dovranno inviare la documentazione al Direttore del Distretto. La richiesta deve essere esaminata dal Comitato aziendale della medicina generale, che **previa prudente valutazione dei motivi esposti e tenuto conto delle esigenze assistenziali del territorio può autorizzare il trasferimento**.

Si sottolinea che :

1. Il trasferimento è possibile entro il numero massimo di componenti previsto dal presente accordo per le UCP e contemporaneamente nel rispetto del numero massimo di componenti della relativa forma associativa, che deve essere della stessa tipologia ;
2. il trasferimento non può essere concesso nel caso in cui comporti la decadenza dell'UCP da cui esce il medico per mancanza di numero minimo dei componenti di cui all'art. 5 accordo 14/10/2014 e recepito con DCA 376/2014, o la decadenza della forma associativa, come riportato nel 4° capoverso;
3. Il Comitato aziendale, come previsto nell'Accordo, dovrà pronunciarsi entro il termine massimo di 60 giorni dal ricevimento della richiesta. Tutta la procedura deve essere conclusa entro i successivi 30 giorni;
4. Il medico di assistenza primaria che si trasferisce in applicazione di quanto previsto dall'Allegato 2 dell'Accordo in oggetto, non potrà presentare una eventuale nuova richiesta di trasferimento prima che siano decorsi due anni dallo stesso, fatte salve particolari eccezioni.

Si precisa inoltre che nulla osta al trasferimento di un Medico di Medicina Generale da una UCP ad altra UCP all'interno del medesimo Distretto, nel caso in cui venga concordato un cambio compensativo tra i componenti, ovviamente con l'accordo dei referenti e degli altri componenti la UCP, da comunicare al distretto per gli adempimenti di competenza. Questa fattispecie non necessita di approvazione da parte del Comitato aziendale.

Si rammenta a codeste Aziende che la registrazione nel Sistema informativo in "gestione forme associative" delle variazioni intervenute nelle Forme Associate di cui all'articolo 54 dell'ACN, deve essere effettuata direttamente dagli operatori degli uffici distrettuali della medicina convenzionata abilitati. Invece, fino a nuove diverse indicazioni, per quanto riguarda le variazioni intervenute nelle UCP, poiché ancora precluso l'accesso nel Sistema a "Gestione UCP/UCPP" codeste Aziende dovranno continuare a far pervenire le comunicazioni alla competente Area Risorse Umane, all'indirizzo [arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it](mailto:arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it) per la trasmissione alla LazioCrea che provvederà alla registrazione.

**Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali**  
*Area Risorse Umane*

A riguardo, al fine di agevolare le suddette operazioni, e per uniformità di comunicazione, nella nota, nel caso in cui si tratti di sostituzione dovrà essere indicato:

1. Nominativo del referente della UCP e codice identificativo della stessa,
2. Nominativo del componente uscente, motivazione e data di rinuncia/cessazione
3. Nominativo del nuovo componente, data di decorrenza, numero identificativo dell'ambulatorio UCP relativo al medico (preventivamente creato dagli operatori ASL nel Sistema informativo nella Gestione dati ambulatori). Inoltre specificare se il medico proviene da altra UCP, indicandone il codice e la data di cessazione dalla stessa.

Nel caso di trasferimento, oltre alla informativa in merito al parere motivato del Comitato aziendale che lo ha autorizzato, nella nota andranno indicati :

1. Nominativo dei due referenti delle UCP e i rispettivi codici identificativi delle UCP;
2. Nominativo del componente che si trasferisce, decorrenza della cessazione dalla precedente UCP e data di inserimento nella nuova, numero identificativo del nuovo ambulatorio UCP relativo al medico (preventivamente creato dagli operatori ASL nel Sistema informativo nella Gestione dati ambulatori).

### **Allegato 3**

#### **Domanda per il riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio.**

Con l' Accordo recepito con DCA U00565/2017 la Regione si impegna a riconoscere ai medici, l'indennità di collaboratore di studio prevista dagli Accordi vigenti, entro il tetto massimo del 55%, già previsto dall'AIR del 2006, da calcolarsi sugli assistiti complessivi della Regione Lazio.

I medici interessati dovranno inoltrare apposita domanda presso gli uffici della medicina generale del proprio distretto di appartenenza, utilizzando esclusivamente il modello allegato alla presente (Modello D).

La domanda dovrà essere presentata entro il termine di 60 (sessanta) giorni dalla data di pubblicazione sul BUR del suddetto DCA U00565/2017 (11 gennaio 2018) pertanto entro il termine del 12 marzo 2018.

Eventuali domande già presentate a partire dalla data di pubblicazione del DCA in oggetto (11 gennaio 2018) potranno essere accettate solo se contenenti la dichiarazione dei requisiti richiesti dall'Accordo di cui al suddetto modello D.

**Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali**

*Area Risorse Umane*

Codeste Aziende, acquisite le domande ed effettuate le opportune verifiche dovranno predisporre degli elenchi, da trasmettere in formato Excel, alla competente Area Risorse Umane con le seguenti informazioni :

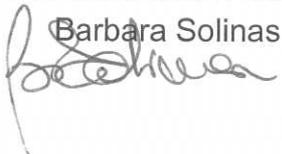
- Medico richiedente
- codice regionale
- appartenenza a forma UCP
- data di decorrenza del contratto di collaboratore di studio
- numero delle ore settimanali
- numero degli assistiti in carico .

La competente Area, sulla base delle informazioni trasmesse dalle Aziende provvederà alla predisposizione di un unico elenco, ordinato in base ai criteri previsti nell'Accordo da ratificare in sede di Comitato Regionale al fine di procedere al riconoscimento e alla attribuzione della relativa indennità .

Si invitano codeste Aziende, al fine di una corretta e puntuale applicazione delle disposizioni dell'Accordo in oggetto a darne la più ampia informativa a tutti i distretti e ai medici interessati.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE DELL'AREA

Barbara Solinas  


IL SEGRETARIO GENERALE

Andrea Tardiola  




**DOMANDA PER LA ADESIONE AD UCP**  
Riservata ai medici che non fanno parte di UCP

**MODELLO A**

ALLA DIREZIONE GENERALE  
DELLA ASL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
DELLA ASL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Recapito cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ codice regionale n. \_\_\_\_\_

**in qualità di referente della UCP già esistente con sede in Via .....Città**  
**..... Provincia ..... ASL .....Distretto.....**

già composta dal sottoscritto e dai seguenti medici

- Dott./ Dott.ssa .....

**DOMANDA PER LA ADESIONE AD UCP**  
Riservata ai medici che non fanno parte di UCP

**CHIEDE**

L'inserimento nella suddetta UCP del dottor \_\_\_\_\_ c.reg. \_\_\_\_\_  
convenzionato per l'assistenza primaria presso la ASL \_\_\_\_\_ distretto  
dal \_\_\_\_\_ e non appartenente a nessuna UCP .

A tal fine dichiara che la UCP risulterà composta dai seguenti medici , che firmano per accettazione :

- Dott./ Dott.ssa .....

Tale UCP osserverà nello studio di riferimento Orario continuato dalle 10 alle 19 con rotazioni interne tali da garantire la presenza di almeno un componente per le necessità assistenziali dei pazienti afferenti alla UCP

In caso di orario diverso specificare:

.....  
.....  
.....

data .....

Firma .....

**DOMANDA PER LA COSTITUZIONE DI UNA NUOVA UCP**  
Riservata ai medici che non fanno parte di UCP

**MODELLO B**

ALLA DIREZIONE GENERALE  
DELLA ASL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
DELLA ASL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Recapito cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ codice regionale n. \_\_\_\_\_

Convenzionato per l'assistenza primaria dal \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_

**NON APPARTENENTE A NESSUNA UNITA DI CURE PRIMARIE**

**Ai sensi dell'Accordo sottoscritto in data 21 dicembre 2017, recepito con DCA n. U00565 del 22 dicembre 2017 pubblicato sul BURL n. 4 del 11 gennaio 2018**

**CHIEDE**

**di costituire una nuova UCP insieme ai sotto indicati medici convenzionati per l'assistenza primaria nel medesimo distretto e che non appartengono a nessuna Unità di Cure Primarie :**

- Dott./ Dott.ssa .....



## DOMANDA DI ADESIONE DEL MEDICO

MODELLO C

Spettabile ASL

\_\_\_\_\_

OGGETTO: Domanda di partecipazione riservata a Medici di Medicina Generale per prestazioni da rendere presso \_\_\_\_\_ per il progetto "Copertura assistenziale sabato, domenica, prefestivi e festivi

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Recapito cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale, Codice Regionale n.° \_\_\_\_\_

convenzionato a tempo indeterminato / determinato con la regione Lazio nella ASL \_\_\_\_\_ per:

- assistenza primaria
- continuità assistenziale
- medicina dei servizi

oppure:

- Iscritto nelle graduatorie regionali di settore della medicina generale e residente nella ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_
- In possesso dell'Attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data \_\_\_\_\_ e residente nella ASL \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_

avendo preso visione del progetto denominato "Copertura assistenziale sabato domenica e festivi" proposto dalla Regione Lazio, compreso il trattamento economico previsto, dichiara di aderire al suddetto progetto, e si rende disponibile per effettuare n° \_\_ ore settimanali,

Turno prescelto:

- ore \_\_ dalle ore \_\_ alle ore \_\_\_\_
- ore \_\_ dalle ore \_\_ alle ore \_\_\_\_

presso presidio ASL via \_\_\_\_\_

secondo le modalità stabilite nel progetto.

Data

Firma

**DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DELLA INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO AI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

(Regione Lazio - Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017, n. U00565)

MODELLO D

Alla Direzione Generale  
Della ASL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alla U.O./Ufficio Personale Conv.  
ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Oggetto:** riconoscimento ed attribuzione dell'indennità di collaboratore di studio medico.

Il/la sottoscritto/a dott / ssa. \_\_\_\_\_ convenzionato con codesta ASL  
per la Assistenza Primaria, Distretto \_\_\_\_\_ Cod. Reg. \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto "La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa", recepito con Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017 n. U00565, e ai sensi dell'art. 59 dell'Accordo Collettivo Nazionale e dell'Art. 28 e della Norma Finale 8 dell'Accordo Integrativo Regionale 2006, il riconoscimento e l'attribuzione dell'indennità di collaboratore di studio.

A Tal fine , consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci, sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARA**

- 1) di essere convenzionato per l'assistenza primaria dal \_\_\_\_\_
- 2) di avvalersi presso il proprio Studio di un collaboratore di studio, con contratto di assunzione di personale di livello \_\_\_\_\_ per un totale di ore settimanali \_\_\_\_\_
- 3) che il suddetto contratto decorre dal \_\_\_\_\_
- 4) che il numero dei propri assistiti è \_\_\_\_\_

- 5) di essere consapevole che in caso di dichiarazione non veritiera, o di omessa comunicazione delle modifiche eventualmente intervenute nel rapporto di lavoro oggetto della presente, verrà sospesa la corresponsione della indennità.
- 6) di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione delle condizioni di assunzione precedentemente citate.

Dichiara inoltre di **appartenere** \* alla seguente forma associativa:

- Medicina in rete
- Medicina di Gruppo
- UCP

Oppure :

- Di **non appartenere** a nessuna forma associativa né a UCP.

data .....

Firma .....

\*barrare la casella relativa alla voce che interessa