

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2019, n. 2453

DGR 22/12/2007 n. 2289 - Accordo Integrativo Regionale della medicina generale - Approvazione Integrazioni -.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera" e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

- Con Delibera di Giunta Regionale del 29/12/2007 n. 2289, previa intesa tra la Regione Puglia e le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale, firmatarie dell'ACN 29/7/2009, veniva approvato l'Accordo Integrativo Regionale (d'ora in poi AIR), relativo agli istituti normativi ed economici riservati alla trattativa regionale.
- Con deliberazione di Giunta Regionale del 10/03/2011 n. 425, in attuazione a quanto disciplinato dall'ACN 8 luglio 2010 - biennio economico 2008/2009, si procedeva ad integrare l'accordo integrativo recepito con la DGR 2289/2007. Tale accordo era finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di salute, indirizzando l'attività professionale dei medici di assistenza primaria " sui problemi" definiti dalla programmazione regionale (diabete, ipertensione, rischio cardiovascolare) e di utilizzo del governo clinico, quale strumento per garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, nonché il potenziamento della sanità elettronica, adeguando anche le modalità di gestione della cartella clinica, previa formazione dei medici di assistenza primaria, attraverso la costituzione di nuclei (appositamente costituiti) ossia: Nuclei Formazione Sanità Elettronica (NU.FO.SE).
- In ottemperanza al DM 2/11/2011, all'art. 13 del D.L. n. 179/2012 ed alla DGR n. 240/2013, che introducevano l'avvio della ricetta de materializzata, quale obbligo in capo alla regione per garantire circolarità delle ricette, in ambito regionale e nazionale, con deliberazione di Giunta Regionale del 9/5/2015 n. 1033, si disponeva che le risorse economiche previste nella DGR 425/2011, fossero assegnate in quota capitaria alle rispettive AA.SS.LL., in relazione ai residenti accertati alla data del 31/12/2014. Tanto si rendeva necessario al fine di potenziare il modello organizzativo dello studio del medico di assistenza primaria (incrementando le ore per l'assistenza infermieristica e per il collaboratore di studio).
- Con deliberazione di Giunta Regionale del 10/2/2017 n. 44, nell'ottica del potenziamento del modello organizzativo dello studio del medico di assistenza primaria, si disponeva la unificazione dei fondi di cui agli art. 3 e 5) dell'AIR n. 2289/2007.

Preso atto che :

- ❖ l'ACN del 21/6/2018 ha novellato diversi articoli dell'ACN 29/9/2009, tanto da indurre il Comitato Permanente Regionale (CPR) ex art. 24 ACN 29/7/2009, ad indire una serie di sedute monotematiche tenutesi : il 7/8/2019, il 26/9/2019 ed il 31/10/2019, per definire le modalità applicative della intervenuta novella normativa .
- ❖ Nelle stesse sedute sono state affrontate e regolamentate altre tematiche riservate, ai sensi dell'art 14 dell'ACN 29/7/2009, alla trattativa regionale.
- ❖ la Regione Puglia, in coerenza con l'art. 33, comma 3 dell'ACN e con la legge regionale n. 40 del 2007, punto 34, ha identificato il livello organizzativo dell'assistenza primaria per comune.

SI PROPONE :

Sezione : rilevazione zone carenti

- a) Fermo restando il comune, quale livello organizzativo dell'assistenza primaria, per i comuni comprendenti più municipi, in sede di rilevazione, la ASL, sentito il Comitato Permanente Aziendale, può indicare la zona/municipio in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza primaria e quindi l'apertura dello studio principale.
- b) Le forme associative possono essere costituite da medici provenienti da municipi diversi. Limitatamente alla medicina di gruppo, individuata la nuova sede principale, i secondi studi possono essere attivati soltanto nell'ambito del municipio dove è allocata la medicina di gruppo. Situazioni diverse dovranno cessare entro 3 mesi dalla data di pubblicazione del presente accordo. Il termine di tre mesi si applica anche per le nuove costituzioni o integrazioni.
- c) Il vincolo di cui alla precedente lett. b), decade, oltre che nei modi di cui all'art. 34, comma 12, nei casi in cui il medico, a seguito di adesione ad un'associazione di cui agli artt. 2, 3 e 4 della DGR 2289/07, sia *in presenza di sussistenza di fondi ovvero senza il riconoscimento di indennità*, è obbligato a trasferire l'assistenza ambulatoriale in altro municipio.
- d) il limite di cui all'art. 2, comma 10, della DGR n. 2289/07 è elevato a 12 mesi complessivi e deve intendersi applicabile a tutte le forme associative, ivi compresi i Centri Polifunzionali Territoriali (CPT) ex art. 4 della DGR n. 2289/07 .

Sezione : Assegnazione incarichi

Per l'assegnazione degli incarichi di cui all'art. 34, comma 2, lettera b), dell'ACN 29/7/2009, in osservanza al comma 13 lett. a) e b), dell'art. 34, così come novellato dall'art. 5 dell'ACN del 21/06/2018, le Aziende assegnano le quote, calcolate sul numero complessivo di incarichi a livello regionale, nel rispetto delle percentuali di seguito riportate :

- a. l'80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- b. 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.
- c. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al succitato comma 13, novellato, sono approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa, secondo il seguente schema .

carenze ASL	quota lett. "a" 80%	quota lett. "b" 20%	quota "a"	quota "b"
1	0,80	0,20	1	0
2	1,60	0,40	2	0
3	2,40	0,60	2	1
4	3,20	0,80	3	1
5	4,00	1,00	4	1
6	4,80	1,20	5	1
7	5,60	1,40	6	1
8	6,40	1,60	6	2
9	7,20	1,80	7	2
10	8,00	2,00	8	2
11	8,80	2,20	9	2

12	9,60	2,40	10	2
13	10,40	2,60	10	3
14	11,20	2,80	11	3
15	12,00	3,00	12	3
16	12,80	3,20	13	3
17	13,60	3,40	14	3
18	14,40	3,60	14	4
19	15,20	3,80	15	4
20	16,00	4,00	16	4

2. Per l'attribuzione degli incarichi tra le due quote si procede con il criterio dell'alternanza a pacchetti del 50% arrotondati per eccesso per ciascuna quota di riserva.
3. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 2 sono approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

esempi:

I) posti ASL da assegnare 3: posti per la quota "a" 2, posti per la quota "b" 1. Il 50% di 2 è 1 quindi la successione nell'attribuzione è:

a - b - a

II) posti ASL da assegnare 6: posti per la quota "a" 5, posti per la quota "b" 1. Il 50% di 5 è 2,5 (arrotondato per eccesso a 3) quindi la successione è:

a - a - a - b - a - a.

III) posti ASL da assegnare 8: posti per la quota "a" 6, posti per la quota "b" 2. Il 50% di 6 è 3, il 50% di 2 è 1 quindi la successione è:

a - a - a - b - a - a - a - b.

IV) posti ASL da assegnare 13: posti per la quota "a" 10, posti per la quota "b" 3. Il 50% di 10 è 5, il 50% di 3 è 1,5 (arrotondato a 2) quindi la successione è:

a - a - a - a - a - b - b - a - a - a - a - a - b

V) posti ASL da assegnare 14: posti per la quota "a" 11, posti per la quota "b" 3. Il 50% di 11 è 5,5 (arrotondato a 6) il 50% di 3 è 1,5 (arrotondato a 2) quindi la successione è:

a - a - a - a - a - a - b - b - a - a - a - a - a - b.

4. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, ivi comprese le determinazioni assunte dalla Commissione Salute nella seduta del 20.3.2019, in ordine all'attuazione dell'art. 9 della L. 12/2019, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la ASL predispone specifica comunicazione alla Regione inerente la disponibilità degli incarichi non assegnati. La Regione dovrà predisporre specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale a cui farà seguito la richiesta di pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC, al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La regione dovrà rendere altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria.
5. La regione, o il soggetto da questa individuato, dovrà procedere alla valutazione delle domande pervenute, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici inseriti nella graduatoria di riferimento di altre Regioni;
- b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale non inseriti nella graduatoria regionale di riferimento;
- c) in subordine i medici corsisti iscritti, al corso di formazione specifica in medicina generale, D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, art. 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12.
 - a) I candidati di cui alla lettera a) saranno graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevarranno, nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
 - b) I candidati di cui alla lettera b) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici:
 - a) residenti nell'ambito dichiarato carente;
 - b) residenti in ambito ASL;
 - c) residenti in ambito Regionale;
 - d) da ultimo residenti fuori Regione.
 - c) I candidati di cui alla lett. c) saranno graduati con il seguente ordine:
 - 1. Medici frequentanti la terza annualità del corso;
 - 2. Medici frequentanti la seconda annualità del corso;
 - 3. Medici frequentanti la prima annualità del corso;

I candidati della lettera c), nelle singole categorie di appartenenza, saranno graduati secondo i criteri già adottati dal vigente ACN 29/7/2009 e precisamente:

- a) minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- b) voto di laurea;
- c) anzianità di laurea.
- d) All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 ACN devono essere dichiarate al momento dell'accettazione dell'incarico e risolte entro la data di decorrenza giuridico economica dell'incarico.

Sezione : Rapporto Ottimale Assistenza Primaria

1. A seguito della pubblicazione delle zone carenti di Assistenza Primaria riferite a marzo e settembre 2018 è emerso che diverse zone carenti riferite anche ad anni precedenti non sono state assegnate. In alcune AA.SS.LL. la mancata assegnazione ha inciso nella misura di oltre il 70% delle zone carenti pubblicate. Inoltre, come da ricognizione effettuata in data 31.7.2019 è emerso che la popolazione assistita da parte di medici già inseriti negli elenchi dell'assistenza primaria è di gran lunga inferiore a quella assistibile (rapporto 1 a 1000) Pertanto, al fine di garantire una adeguata programmazione delle politiche sanitarie

e di assistenza sul territorio, in coerenza con l'art. 5, lett. a), dell'ACN 29/07/2009, ed in virtù della gobba pensionistica che riguarderà l'area della medicina generale fino a tutto il 2025, in attesa che venga data piena attuazione alle prescrizioni di cui all'art. 9 del d.lgs. 14/12/2018 n° 135, convertito nella legge 11/02/2019 n° 12, in via transitoria, la Regione Puglia d'intesa con le OO.SS, nella loro interezza, ha inteso definire il nuovo rapporto ottimale medico/popolazione assistita, approvato nella seduta del Comitato Permanente Regionale in data 7/8/2019. La rideterminazione del rapporto ottimale non comporta una contrazione del diritto di libera scelta da parte degli assistiti, tenuto conto che il numero dei pazienti in carico ai medici di Assistenza Primaria nella regione Puglia, al di sotto delle 650 scelte, consente e garantisce una ampia libertà di scelta.

2. In coerenza con l'art. 33, comma 9 dell'ACN, che dispone "le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza e per l'intero territorio regionale un diverso un rapporto medico/popolazione residente":
3. A far data dalla rilevazione relativa all'anno 2020 e per ciascun ambito territoriale della Regione Puglia può essere iscritto un medico ogni 1300 abitanti residenti o frazione di 1300 superiore a 650, secondo le procedure previste dall'allegato B dell'ACN 2009, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, oltre al numero dei cittadini iscritti nelle liste AIRE ed il personale navigante assistito direttamente dagli enti ministeriali di riferimento.
4. In coerenza con il nuovo rapporto ottimale, l'ambito territoriale è carente qualora il risultato del calcolo di cui al comma 9) dell'art. 33 dell'ACN 2009 sia superiore alle 650 scelte.

Sezione : Limite decadenziale previsto dall'art. 65 co. 5) dell'ACN 29/7/2009.

1. Fermo restando l'attuale finanziamento delle forme associative di cui all'art. 54 dell'ACN e della DGR 2289/2017, ed al fine di favorire l'evoluzione verso modelli di lavoro in team per la medicina generale, integrando i medici a quota fiduciaria e quelli a quota oraria, i medici di assistenza primaria, anche titolari di incarico a tempo indeterminato o determinato di continuità assistenziale, possono richiedere la partecipazione volontaria alle forme di associazionismo.
2. L'adesione volontaria comporta in ogni caso il rispetto degli obblighi previsti dall'ACN e/o AIR vigenti.
3. Nel caso in cui non vi sia disponibilità assoluta di risorse per l'erogazione delle relative indennità, i medici potranno comunque aderire volontariamente alle forme di associazionismo, pur non percependo nessun compenso. Considerato che le risorse per le forme associative ex DGR 2289/2017 sono autonome rispetto a quelle previste dall'ACN, ai medici che aderiscono volontariamente alle forme associative potranno essere erogate le indennità che trovano la disponibilità economica.
4. Le domande di adesione volontaria sono inserite nell'elenco aziendale delle istanze per la partecipazione alle forme associative, secondo i criteri stabiliti dalla DGR n. 44/17.
5. L'erogazione dei compensi per l'attività svolta in forma associata di cui ai commi precedenti, avviene nel momento in cui si determina la disponibilità delle risorse secondo le modalità previste dall'art. 2 comma 7 e dall' art.3 comma 11 dell'AIR 2008.
6. Per soggetti che hanno un doppio rapporto compatibile (assistenza primaria e continuità assistenziale) che entrano a far parte di forme associative, adeguandosi al modello organizzativo imposto dalla normativa vigente e che non percepiscono alcuna indennità per assenza di fondi, il limite decadenziale previsto dall'art. 65 co. 5) dell'ACN vigente, viene elevato a n. 850 scelte, con l'obbligo per le AA.SS.LL. di rimodulare il rapporto orario di continuità assistenziale secondo le modalità che di seguito si riportano. Per tutti gli altri soggetti titolari di doppio rapporto compatibile,

che non sono inseriti in forme associative, continua ad applicarsi il limite decadenziale previsto dall'art. 65 co. 5) dell'ACN vigente, ossia a 650 scelte già previsto dall'art. 65 co. 5) dell'ACN vigente. Tale deroga, viene introdotta allo scopo di favorire i processi di integrazione nell'area funzionale territoriale della medicina generale tra la quota fiduciaria e la quota oraria, in coerenza con quanto previsto dalla legge 189/12 in funzione del ruolo unico.

7. Il limite di cui al comma precedente si determina nel rispetto del massimale tra il rapporto fiduciario e rapporto orario secondo la seguente tabella:

- 1 ora equivalente a n. 37,5 pazienti;
- massimale : 40 ore settimanali per rapporti compatibili

scelte – fascia -	ore equivalenti Assistenza Primaria	ore di Continuità Assistenziale	totale ore settimanali
0 - 650	16	24	40
tra 650-750	20	20	40
tra 750-849	22	18	40

8. La ASL, al termine del periodo di cui al comma 6, art. 65, ACN (6 mesi), dovrà verificare il numero di scelte in carico al medico titolare di doppio rapporto compatibile, e procedere a rimodulare il numero di ore del rapporto di continuità assistenziale in coerenza con la tabella di cui al comma precedente e al limite di cui al comma 6 del presente articolo (850 scelte).
9. La variazione del numero di ore di continuità assistenziale in coerenza con la tabella di cui al comma 7 decorrerà dal mese successivo (7° mese), fermo restando l'attribuzione del plus orario (4 ore) previsto dall' art. 65 co. 2 dell' ACN vigente, il quale dovrà essere attribuito sempre nella sua interezza. Ai medici a cui viene riconosciuta la deroga non potranno essere attribuiti turni aggiuntivi che dovessero risultare scoperti a qualsiasi titolo.
10. Gli incarichi di continuità assistenziale di sostituzione ex art 70 ACN vigente sono conferibili anche ai medici di Assistenza Primaria inseriti in forme associative che abbiano da 650 e fino a 849 scelte , con i criteri richiamati nella tabella di cui al punto 7.
11. Non si applicano limitazioni di alcun genere agli incarichi di sostituzione di medicina generale.

Norma transitoria n.1

Al fine di garantire equità di trattamento e non creare disparità fra i soggetti destinatari delle intese concordate in sede di CPR, ai medici per i quali è in atto la procedura dell'art. 65, comma 6, ACN 2009, che non si è conclusa entro il 31.10.2019, è concessa una proroga di mesi tre (a far tempo dal 31.10.2019), affinché gli stessi possano avvalersi delle disposizioni di cui all'art. 6 (adesione volontaria/ordinaria associazione) del presente accordo.

Norma transitoria n. 2

Analogamente, la rimodulazione dell'incarico di Continuità Assistenziale (così come prevista dal precedente punto 7), per il superamento del limite decadenziale di cui al comma 6, art. 65, ACN 29/7/2009, si applica anche nei confronti dei soggetti che già sono inseriti in forme associative e per i quali la procedura decadenziale non si è conclusa entro il 31.10.2019. Pertanto, al fine di evitare inutili contenziosi con i soggetti interessati, in ragione della volontà espressa dal CPR nella seduta del 31.10.2019, le AA.SS.LL. che hanno applicato il termine previsto dal comma 6, dell'art. 65, ACN, qualora gli incarichi in questione non risultino già assegnati a tempo indeterminato, dovranno procedere a riammettere nel servizio di continuità assistenziale i soggetti già dichiarati decaduti, attribuendo un massimale orario correlato agli assistiti in carico alla data di reinserimento, secondo la tabella richiamata al precedente punto 7.

COPERTURA FINANZIARIA

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia in entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale;

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. "a) e d)" della Legge regionale n. 7/1997.

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dal Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente di Servizio e dal Direttore della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

D E L I B E R A

Di approvare quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato :

In ordine alla rilevazione delle zone carenti, dispone che:

- a) il comune, costituisce il livello organizzativo dell'assistenza primaria, per i comuni comprendenti più municipi, in sede di rilevazione, la ASL, sentito il Comitato Permanente Aziendale, può indicare la zona/municipio in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza primaria e quindi l'apertura dello studio principale.
- b) Le forme associative possono essere costituite da medici provenienti da municipi diversi. Limitatamente alla medicina di gruppo, individuata la nuova sede principale, i secondi studi possono essere attivati nell'ambito del municipio dove è allocata la medicina di gruppo. Situazioni diverse dovranno cessare entro 3 mesi dalla data di pubblicazione del presente accordo. Il termine di tre mesi si applica anche per le nuove costituzioni o integrazioni.
- c) Il vincolo di cui alla precedente lett. b), decade, oltre che nei modi previsti dall'art. 34, comma 12, nei casi in cui il medico, a seguito di adesione ad un'associazione di cui agli artt. 2, 3 e 4, della DGR 2289/07, sia in presenza di sussistenza di fondi ovvero senza il riconoscimento di indennità, è obbligato a trasferire l'assistenza ambulatoriale in altro municipio.
- d) il limite di cui all'art. 2, comma 10, della DGR n. 2289/07 è elevato a 12 mesi complessivi e deve intendersi applicabile a tutte le forme associative, ivi compresi i Centri Polifunzionali Territoriali (CPT) ex art. 4 della DGR n. 2289/07.

In ordine alla assegnazione degli incarichi, di cui all'art.34, comma 2, lettera b), dell'ACN29/7/2009, si dispone che :

- A. In osservanza al comma 13 lett. a) e b), dell'art. 34, così come novellato dall'art. 5 dell'ACN del 21/06/2018, le Aziende assegnano le quote, calcolate sul numero complessivo di incarichi a livello regionale, nel rispetto delle percentuali di seguito riportate :
 1. l'80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
 2. il 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.
 3. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al succitato comma 13, novellato, sono approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa, secondo il seguente schema :

carenze ASL	quota lett. "a" 80%	quota lett. "b" 20%	quota "a"	quota "b"
1	0,80	0,20	1	0
2	1,60	0,40	2	0
3	2,40	0,60	2	1
4	3,20	0,80	3	1
5	4,00	1,00	4	1
6	4,80	1,20	5	1
7	5,60	1,40	6	1
8	6,40	1,60	6	2
9	7,20	1,80	7	2
10	8,00	2,00	8	2
11	8,80	2,20	9	2
12	9,60	2,40	10	2
13	10,40	2,60	10	3
14	11,20	2,80	11	3
15	12,00	3,00	12	3
16	12,80	3,20	13	3
17	13,60	3,40	14	3
18	14,40	3,60	14	4
19	15,20	3,80	15	4
20	16,00	4,00	16	4

- 4) Per l'attribuzione degli incarichi tra le due quote si procede con il criterio dell'alternanza a pacchetti del 50% arrotondati per eccesso per ciascuna quota di riserva.
- 5) I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 2 sono approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

esempi:

- I) posti ASL da assegnare 3: posti per la quota "a" 2, posti per la quota "b" 1. Il 50% di 2 è 1 quindi la successione nell'attribuzione è:

a - b - a

- II) posti ASL da assegnare 6: posti per la quota "a" 5, posti per la quota "b" 1. Il 50% di 5 è 2,5 (arrotondato per eccesso a 3) quindi la successione è :

a - a - a - b - a - a.

- III) posti ASL da assegnare 8: posti per la quota "a" 6, posti per la quota "b" 2. Il 50% di 6 è 3, il 50% di 2 è 1 quindi la successione è:

a - a - a - b - a - a - a - b.

- IV) posti ASL da assegnare 13: posti per la quota "a" 10, posti per la quota "b" 3. Il 50% di 10 è 5, il 50% di 3 è 1,5 (arrotondato a 2) quindi la successione è:

a - a - a - a - a - b - b - a - a - a - a - a - b

- V) posti ASL da assegnare 14: posti per la quota "a" 11, posti per la quota "b" 3. Il 50% di 11 è 5,5 (arrotondato a 6) il 50% di 3 è 1,5 (arrotondato a 2)

quindi la successione è:

a - a - a - a - a - a - b - b - a - a - a - a - a - b.

6. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, ivi comprese le determinazioni assunte dalla Commissione Salute nella seduta del 20.3.2019, in ordine all'attuazione dell'art. 9 della L. 12/2019, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la ASL predispone specifica comunicazione alla Regione, inerente la disponibilità degli incarichi non assegnati. La Regione dovrà predisporre specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale a cui farà seguito la richiesta di pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La regione dovrà rendere altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria.
7. La regione, o il soggetto da questa individuato, dovrà procedere alla valutazione delle domande pervenute, secondo il seguente ordine di priorità:
 - a) medici inseriti nella graduatoria di riferimento di altre Regioni;
 - b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale non inseriti nella graduatoria regionale di riferimento;
 - c) in subordine i medici corsisti iscritti, al corso di formazione specifica in medicina generale, D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, art. 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12.
 - I candidati di cui alla lettera a) saranno graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevarranno, nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
 - I candidati di cui alla lettera b) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici:
 - 1) residenti nell'ambito dichiarato carente;
 - 2) residenti in ambito ASL;
 - 3) residenti in ambito Regionale;
 - 4) da ultimo residenti fuori Regione.
 - I candidati di cui alla lett. c) saranno graduati con il seguente ordine:
 - 1) Medici frequentanti la terza annualità del corso;
 - 2) Medici frequentanti la seconda annualità del corso;
 - 3) Medici frequentanti la prima annualità del corso.

I candidati della lettera c), nelle singole categorie di appartenenza, saranno graduati secondo i criteri già adottati dal vigente ACN 29/7/2009 e precisamente:

1. minore età al conseguimento del diploma di laurea;
2. voto di laurea;
3. anzianità di laurea.

Si dispone:

- In coerenza con l'art. 33, comma 9 dell'ACN, a far data dalla rilevazione relativa all'anno 2020, ed in via provvisoria, per ciascun ambito territoriale della Regione Puglia può essere iscritto solamente un medico ogni 1300 abitanti residenti o frazione di 1300 superiore a 650, secondo le procedure previste

dall'allegato B dell'ACN 2009, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, oltre al numero dei cittadini iscritti nelle liste AIRE ed il personale navigante assistito direttamente dagli enti ministeriali di riferimento.

- In coerenza con il nuovo rapporto ottimale, l'ambito territoriale è carente qualora il risultato del calcolo di cui al comma 9) dell'art. 33 dell'ACN 2009 sia superiore alle 650 scelte.

Si dispone che :

Il limite decadenziale previsto dall'art. 65 co. 5) dell'ACN 29/7/2009.

- Per soggetti che hanno un doppio rapporto compatibile (assistenza primaria e continuità assistenziale) che entrano a far parte di forme associative, adeguandosi al modello organizzativo imposto dalla normativa vigente e che non percepiscono alcuna indennità per assenza di fondi, il limite decadenziale previsto dall'art. 65 co. 5) dell'ACN vigente, viene elevato a n. 850 scelte, con l'obbligo per le AA.SS.LL. di rimodulare il rapporto orario di continuità assistenziale secondo le modalità che di seguito si riportano. Per tutti gli altri soggetti titolari di doppio rapporto compatibile, che non sono inseriti in forme associative, continua ad applicarsi il limite decadenziale previsto dall'art. 65 co. 5) dell'ACN vigente, ossia a 650 scelte. Tale deroga, viene introdotta allo scopo di favorire i processi di integrazione nell'area funzionale territoriale della medicina generale tra la quota fiduciaria e la quota oraria, in coerenza con quanto previsto dalla legge 189/12 in funzione del ruolo unico,
- Il limite di cui al comma precedente si determina nel rispetto del massimale tra il rapporto fiduciario e rapporto orario secondo la seguente tabella:
 - 1 ora equivalente a n. 37,5 pazienti;
 - massimale : 40 ore settimanali per rapporti compatibili

scelte – fascia -	ore equivalenti Assistenza Primaria	ore di Continuità Assistenziale	totale ore settimanali
0 - 650	16	24	40
tra 650-750	20	20	40
tra 750-849	22	18	40

- La ASL al termine del periodo di cui al comma 6, art. 65, ACN (6 mesi), dovrà verificare il numero di scelte in carico al medico incaricato a tempo indeterminato o determinato di continuità assistenziale e dovrà procedere a rimodulare il numero di ore del rapporto di continuità assistenziale in coerenza con la tabella di cui al comma precedente e al limite di cui al comma 6 del presente articolo (850 scelte).
- La variazione del numero di ore di continuità assistenziale in coerenza con la tabella di cui al comma 7 decorrerà dal mese successivo (7° mese), fermo restando l'attribuzione del plus orario (4 ore) previsto dall' art. 65 co. 2 dell'ACN vigente, il quale dovrà essere attribuito sempre nella sua interezza. Non potranno essere attribuiti turni aggiuntivi che dovessero risultare scoperti a qualsiasi titolo
- Gli incarichi di continuità assistenziale di sostituzione ex art 70 ACN vigente sono conferibili anche ai medici di Assistenza Primaria inseriti in forme associative che abbiano da 650 scelte e fino a 849 pazienti, con i criteri richiamati nella tabella di cui al punto 7.
- Non si applicano limitazioni di alcun genere agli incarichi di sostituzione di medicina generale.

Norma transitoria n. 1

Al fine di garantire equità di trattamento e non creare disparità fra i soggetti destinatari delle intese concordate in sede di CPR, ai medici per i quali è in atto la procedura dell'art. 65, comma 6, ACN 2009, che non si è conclusa entro il 31.10.2019, è concessa una proroga di mesi tre (a far tempo dal 31.10.2019), affinché gli stessi possano avvalersi delle disposizioni di cui all'art. 6 (adesione volontaria/ordinaria associazione) del presente accordo.

Norma transitoria n. 2

Analogamente, la rimodulazione dell'incarico di Continuità Assistenziale (così come prevista dal precedente punto 7), per il superamento del limite decadenziale di cui al comma 6, art. 65, ACN 29/7/2009, si applica anche nei confronti dei soggetti che già sono inseriti in forme associative e per i quali la procedura decadenziale non si è conclusa entro il 31.10.2019. Pertanto, al fine di evitare inutili contenziosi con i soggetti interessati, in ragione della volontà espressa dal CPR nella seduta del 31.10.2019, le AA.SS.LL. che hanno applicato il termine previsto dal comma 6, dell'art. 65, ACN, qualora gli incarichi in questione non risultino già assegnati a tempo indeterminato dovranno procedere a riammettere nel servizio di continuità assistenziale i soggetti già dichiarati decaduti, attribuendo un massimale orario correlato agli assistiti in carico alla data di reinserimento, secondo la tabella richiamata al precedente punto 7.

- di disporre che il presente atto sia notificato, a cura del Servizio SGO a tutti i DD.GG. delle AA.SS.LL.
- di disporre che gli effetti giuridici decorrono dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.
- di disporre la pubblicazione sul B.U.R.P. del presente atto.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
PASQUA IACOVAZZO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO