

DIPARTIMENTO RISORSE UMANE E
RELAZIONI SINDACALI

TF/md

Dott/Drssa
Disciplina di
SEDE

OGGETTO: formalizzazione incarico a tempo indeterminato di cui all'A.C.N. 23.3.05 che disciplina i rapporti con i medici specialisti ambulatoriali ed altre figure professionali sanitarie - ex DDG n.414/2008 e n.514/2008.

In applicazione

- del **Protocollo d'intesa del 22/01/07** sottoscritto tra Regione Lazio e O.O.S.S. della Medicina Specialistica Ambulatoriale, nel quale è previsto per le Aziende, in ottemperanza della norma transitoria n.4 dell'ACN del 23.3.05 che disciplina i rapporti con i medici specialisti ambulatoriali ed altre figure professionali sanitarie, l'obbligo di procedere a redigere gli atti necessari per la conformità dei contratti dei professionisti di cui all'art.13 comma 1 dell'ACN medesimo con i quali sono in essere rapporti di lavoro non conformi a quanto stabilito dalla L. 138/04;_____

- del **Verbale di Accordo del 15/10/2007** sottoscritto tra l'Assessore alla Sanità della Regione Lazio, il Direttore Generale del Policlinico Tor Vergata ed i rappresentanti di una delegazione di medici e sanitari titolari di contratto di prestazione d'opera in regime libero-professionale operanti presso il Policlinico,

che ha impegnato le parti ad applicare, entro il I semestre 2008, il citato Protocollo d'intesa del 22.1.07, ai medici specialisti ed agli altri professionisti sanitari già titolari di contratto di prestazione d'opera in regime libero-professionale;_____

- dell'**Accordo del 8/11/07**, sottoscritto tra il Direttore Generale del Policlinico Tor Vergata ed i rappresentanti delle O.O.S.S. firmatarie dell'ACN del 23.3.05 ed avente ad oggetto la volontà di dare applicazione al Verbale di Accordo sottoscritto con l'Assessore alla Sanità della Regione Lazio in data 15/10/07;_____

considerato che:

la S.V. ha superato la valutazione propedeutica disposta con DDG n.414 /2008;

con la presente si procede

alla formalizzazione, con **decorrenza dal.....**, di un **incarico a tempo indeterminato** di cui all'A.C.N. del 23.3.05 che disciplina i rapporti con i medici specialisti ambulatoriali ed altre figure professionali sanitarie, per la copertura di un turno di **n..... ore settimanali, in qualità di....., in favore.....**, alle seguenti condizioni:

1) Fermo restando l'impegno a rispettare l'**articolazione oraria** da definirsi in sede aziendale, che potrà comprendere anche turni notturni e festivi, la S.V. è tenuta a garantire una adeguata flessibilità operativa in funzione dell'organizzazione delle attività della struttura/disciplina di afferenza anche in previsione di eventuali richieste di incremento di attività, nonchè in funzione delle inderogabili esigenze assistenziali rappresentate dal Responsabile/Referente della struttura/disciplina stessa._____

L'effettuazione di prestazioni oltre l'impegno orario previsto dovrà preventivamente essere autorizzata dall'Azienda. _____

L'inosservanza dell'orario di lavoro potrà essere valutata come inadempienza contrattuale anche ai fini di eventuali provvedimenti disciplinari. _____

Eventuali richieste di variazioni dell'orario di lavoro dovranno tenere conto delle esigenze della disciplina/struttura di afferenza e dovrà essere acquisito il parere preventivo del Referente / Responsabile di disciplina/struttura; _____

2) Il compenso spettante per l'espletamento dell'incarico è quello previsto dall'ACN del 23.3.05; _____

3) La S.V., nello svolgimento dell'incarico, collabora con gli altri operatori medici e sanitari nel perseguimento degli obiettivi della struttura di afferenza, sulla base di modelli di programmazione e controllo da applicarsi a tutto il personale, nel rispetto delle direttive e disposizioni organizzative che il Responsabile/Referente di struttura/disciplina adotta per le esigenze funzionali del servizio e a garanzia dello svolgimento delle attività assistenziali; _____

4) I "carichi di lavoro" e gli obiettivi prestazionali sono definiti dall'Azienda previa contrattazione con le singole discipline/strutture di afferenza sulla base delle necessità operative individuate dal Referente/Responsabile di disciplina/struttura; _____

5) Il mancato raggiungimento degli obiettivi comporterà mancata effettuazione della prestazione richiesta e potrà essere considerato, ai fini disciplinari, causa di sospensione del rapporto nonché, nei casi più gravi, motivo

di revoca del presente incarico, previa valutazione e verifica del Nucleo di Valutazione aziendale;_____

6) I premi collegati al raggiungimento degli obiettivi della disciplina/struttura di afferenza, saranno oggetto di specifici accordi aziendali solo previo finanziamento da parte della Regione;_____

7) Il permesso annuale retribuito di cui all'art.38 dell'ACN 23.3.05 è concordato con il Referente/Responsabile di disciplina/struttura ed autorizzato dallo stesso;_____

8) La sopravvenuta, contestata ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dall'ACN del 23.3.05 comporta la cessazione del rapporto convenzionale;_____

9) L'incarico di cui trattasi è disciplinato dalle norme contenute negli artt. 2230 e ss. del Codice Civile nonché dall'A.C.N. del 23.3.05 che disciplina i rapporti con i medici specialisti ambulatoriali ed altre figure professionali sanitarie;_____

10) Gli effetti del rapporto contrattuale di prestazione d'opera in regime libero-professionale con la S.V., la cui scadenza era originariamente prevista per il giorno..... , cessano con decorrenza dal, con rinuncia da parte della S.V. ad ogni pretesa, azione e diritto derivanti dal rapporto contrattuale stesso e da quelli precedentemente intrattenuti con l'Azienda._____

La S.V. è cortesemente invitata a recarsi presso il Dipartimento Risorse Umane e Relazioni Sindacali al fine di procedere alla formalizzazione di n.3 originali del presente atto, apponendo la sigla su ogni pagina e controfirmando in calce per integrale accettazione e conferma. _____

Distinti saluti. _____

Per l'Azienda Ospedaliera

Universitaria

POLICLINICO TOR VERGATA

Il Direttore Generale

Enrico Bollero

Per presa visione, nonché

integrale accettazione

e conferma

Roma, li _____

Dott/Drssa
