

N° 1 - GENNAIO 2009 - Anno XLVIII di

**firenzemedica**

fondatore Giovanni Turziani

Direzione e Amministrazione: V.le Milton, 3 - Tel. 055.48.63.91- 055.49.63.07

E-mail: firenze@fimmg.org - Pagina web: www.fimmgfirenze.orgDirettore responsabile: **MAURO UCCI**Com. red.: V. Boscherini, L. Fanciullacci, E. Messina,
F. Muscas, A. Nastruzzi, E. Pattarino, P. Piccini, S. Testi,

Direttore Editoriale: Luciano Baldacci

Autorizzazione Trib. di Firenze con Decr. n. 1447 del 19.12.61

Sped. Abb. Postale 70% Filiale di Firenze

273

Stampato da: STAMPA BALDESI - FIRENZE

Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana



COERENZA, COSTANZA, SPERANZA

Questo è un piccolo editoriale per un numero speciale di Firenzemedica. Dopo 4 anni abbiamo siglato un pre-accordo per l'area della Medicina Generale che permetterà di mettere in moto una serie di meccanismi importanti per la professione.

La **coerenza** di aver tenuto fede al progetto UMG che abbiamo annunciato due anni fa, suscitando tanto interesse, e che molti hanno contribuito a migliorare

La **costanza** di portare avanti le nostre idee (condivise da tutti, salvo frenate finali) nell'interesse del consolidamento e definizione dell'area della medicina generale

La **speranza** che questo dia inizio a quel rinnovamento della professione dove i contenuti burocratici abbiano un ruolo marginale mentre quelli assistenziali siano definiti e condivisi.

Ci aspettano momenti di grosso impegno, ma chi crede di poter fare il vecchio gioco di sfilarsi all'ultimo momento, dopo aver condiviso principi ed obiettivi, per poter raccogliere chi, impaurito dal nuovo, crede di salvarsi negando l'evidenza, sbaglia di grosso.

Le scelte comportano sempre un cambiamento; chi si ricorda del 1992 quando introducemmo le forme associative? I soliti gridarono allo scandalo, poi fecero lo stesso con le cooperative, ...e così via.

Criticare è meglio che costruire, ma anche in politica i partiti del no sono scomparsi divorati dal loro nichilismo, il sistema paese cambia, la medicina è cambiata, la medicina generale è pronta a giocare la sua parte.

Grazie per l'appoggio.

Mauro Ucci - Vice-Segretario Nazionale FIMMG

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA GENERALE DEGLI ISCRITTI ALLA SEZIONE PROVINCIALE FIMMG DI FIRENZE

E' convocata l'assemblea generale degli iscritti FIMMG
in prima convocazione per il giorno 26 gennaio alle ore 24
e in seconda convocazione per

**MARTEDI' 27 gennaio 2009
ALLE ORE 21**

**presso l'Ordine dei Medici di Firenze,
in Via Vanini n.15 a Firenze**

con il seguente ordine del giorno:

- Accordo nazionale
- Accordo aziendale
- Elezioni del direttivo provinciale
- Varie ed eventuali

Cordiali saluti.

Il Presidente FIMMG Firenze

Dr. Eugenio Pattarino

LETTERA DEL SEGRETARIO GENERALE NAZIONALE FIMMG - Giacomo Milillo AGLI ISCRITTI

Roma, 23 dicembre 2008

Carissimi,

ieri, dopo lunga, faticosa e contrastata trattativa, è stato siglato il pre-accordo per il biennio 2006-2007.

Si tratta di poche pagine, ma se ricordiamo le richieste iniziali delle Regioni contenute nel primo atto d'indirizzo e anche quelle successive introdotte nell'integrazione del medesimo, potete rendervi conto dell'enorme lavoro di negoziazione che è stato necessario.

Secondo le Regioni l'aumento del 4,85% doveva prevedere un 2% riservato a successivi accordi regionali. Tutto doveva essere garantito come pre-requisito mentre gli incrementi economici avrebbero dovuto essere "guadagnati" con nuovi impegni. Le indennità e gli incentivi avrebbero dovuto essere ridistribuiti secondo criteri stabiliti dalla programmazione regionale. Il debito informativo riconosciuto a richiesta delle Aziende e con totale copertura dei costi a nostro carico, o meglio rimborsati attraverso l'esigua cifra di 77 euro mensili dell'attuale indennità informatica.

Ultima richiesta del Comitato di settore: l'adesione alle procedure relative alla ricetta elettronica ed alla tessera sanitaria stabilite dalle Regioni senza alcun nostro coinvolgimento e con parte del finanziamento statale (compreso nel 4,85%) esigibile solo alla realizzazione dei due progetti, indipendentemente da ritardi eventualmente determinati da responsabilità regionali.

La compattezza che le Organizzazioni Sindacali, nessuna esclusa, hanno saputo assumere nei momenti più critici ha consentito di resistere ad atteggiamenti impositivi ed intransigenti della parte pubblica. Il risultato è nelle pagine del pre-accordo.

Sul piano economico abbiamo ottenuto che tutto il 4,85% sia utilizzato nell'accordo nazionale senza previsione di code in accordi integrativi regionali. Tutto l'aumento disponibile è stato utilizzato per incrementare la quota A del compenso, in particolare l'onorario professionale e l'indennità per gli ultrasettantacinquenni. Questa scelta, da sola, ci consente di aumentare l'entità delle risorse che incasseremo, per effetto dell'aumento della popolazione anziana che si è verificato fra il 2005 e il 2009. Gli arretrati che incasseremo per gli anni 2006-2007-2008 ammonteranno a circa 7.500 per un massimalista, 5000 euro per 1000 assistiti. Dal primo gennaio 2009 l'incremento ammonterà a circa 250 euro mese per un massimalista di assistenza primaria e a circa 1,19 euro ora per la continuità assistenziale e l'emergenza territoriale.

Il contributo previdenziale ENPAM, sempre compreso nel 4,85%, salirà di un punto percentuale e mezzo, di cui solo lo 0,5% sulla quota a carico del medico.

E' stata introdotta la flessibilità contributiva ENPAM che lascia al medico, in relazione ai suoi specifici interessi, la possibilità di aumentare volontariamente la sua contribuzione fino a 5 punti percentuali.

Abbiamo ottenuto l'assicurazione sull'invalidità permanente parziale dipendente da malattia o infortunio.

La precisazione, con una modifica dell'art. 13, dello stato giuridico di liberi professionisti convenzionati la cui organizzazione del lavoro è interesse del SSN ci aiuterà nella battaglia per il superamento dell'IRAP.

Sul piano normativo i nuovi compiti sono limitati al flusso informativo e ai progetti tessera sanitaria e ricetta elettronica. Il primo ridotto al minimo, richiede un impegno mensile molto ridotto e quasi totalmente assolto in automatico dalle nostre schede sanitarie informatizzate, nel rispetto della privacy e con oneri tecnici ed economici a carico delle Aziende.

I secondi, non ancora realizzabili nella maggior parte delle Regioni, sono comunque subordinati ad accordi regionali e con oneri tecnici, economici e formativi a carico delle Regioni stesse.

Sempre sul piano normativo abbiamo ottenuto la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, sul modello delle nostre UMG, che prevede la figura del coordinatore, anche se denominato "delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale".

L'articolo 3 dedicato ai requisiti e funzioni minime dell'Unità complessa di cure primarie (termine generico per definire UTAP, Equipes territoriali, Gruppi di cure primarie, nuclei di cure primarie, ecc.) crea le condizioni per una riorganizzazione della medicina generale governata da accordi regionali con il massimo livello di garanzia per i medici coinvolti. Sulla base dei modelli regionali prescelti, ogni Unità dovrà essere creata con uno specifico accordo regionale che partendo dalla condizione di ciascun aderente, tutelando il reddito e i diritti previdenziali di ciascuno, dovrà definire e finanziare la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessaria, intercettando i finanziamenti che saranno previsti dall'intesa stato regioni e dai fondi del Piano Sanitario nazionale. Nell'ambito della determinazione di questi finanziamenti potranno essere considerati anche gli incentivi e le indennità fino a quel momento garantiti ai singoli medici che entrano a far parte dell'Unità, per essere restituiti in forma e quantità diversa o attraverso la fornitura diretta di strutture e/o strumenti e/o personale da parte dell'azienda sanitaria. Se non ci saranno finanziamenti regionali non si creeranno Unità di cure primarie e tutto resterà come ora.

La possibilità di avvalersi di Società di servizio non è abolita, perché rimane in vigore il dettato dell'art. 59 del precedente ACN.

Sempre sul piano normativo è stata introdotta una correzione dell'art. 33 sul rapporto ottimale in modo da legittimare tutti gli accordi regionali che hanno previsto o prevederanno l'aumento del rapporto ottimale.

Infine l'art. 4 fissa già alcuni argomenti che le Parti sono impegnate a trattare nel prossimo biennio, fra cui la ristrutturazione del compenso. Non c'è nessuna ipotesi sulla destinazione a livello regionale delle risorse per il prossimo biennio, ma un impegno a riformare i meccanismi di contrattazione regionale per dare più garanzie ai medici e uniformità nazionale di risultato.

Ritengo di poter affermare che, date le condizioni di trattativa, la crisi economica in corso e il perpetuo conflitto istituzionale fra Regioni e Stato, non si potesse ottenere di più e che, anzi, fosse necessario consolidare al più presto i traguardi raggiunti.

Certo non abbiamo ottenuto tutto ciò che avremmo desiderato, per noi medici di famiglia, per la continuità assistenziale, per i medici in formazione, per l'emergenza territoriale, per la medicina dei servizi. Ma questa è una convenzione di passaggio, prevalentemente finalizzata a garantirci il più rapido possibile ristoro economico. Nel prossimo Biennio dovremo continuare a riscrivere le regole della medicina generale del futuro.

Questo ACN non rappresenta un traguardo conclusivo, ma un risultato intermedio che garantisce un non ritorno rispetto al nostro progetto politico di cambiamento.

Dopo le festività avremo occasione di approfondire i dettagli di questo accordo, intanto auguro a tutti un sereno Natale e un felice inizio di Anno nuovo.

PRE-ACCORDO ACN PRIMO BIENNIO 2006-2007

Art. 1 - Compiti e funzioni del medico di Medicina Generale.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico, nell'ambito dei compiti previsti dagli art. 45, 67, 78 e 95 dell'ACN 23 marzo 2005, espleta le seguenti funzioni:

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;

- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;

- persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

2. Le funzioni ed i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del medico.

3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale di cui all'art. 2 e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dall'art. 3, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

4. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'azienda sanitaria come previsto dall'art. 5 del presente accordo.

5. Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 5, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.

6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.

Art. 2 - aggregazione funzionale territoriale della Medicina Generale

1. Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

2. I medici di medicina generale partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.

3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:

- Riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;

- Popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.

4. Nell'ambito dell'aggregazione di cui al presente articolo è individuato un delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale.

5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei medici alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3 nonché la scelta del delegato di cui al comma 4.

6. I medici aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;

- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";

- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";

- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:

- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;

- la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;

- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale e con le finalità di cui al comma 6.

Art. 3 - Requisiti e funzioni minime dell'unità complessa delle cure primarie

1. Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sin-

dacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell'unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.

3. L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.

Art. 4 - Impegni da inserire nel prossimo accordo relativo al biennio economico 2008/2009

1. I contenuti del presente articolo rappresentano altrettanti impegni che le parti decidono di assumere con la sottoscrizione di questo accordo e di recepire per la loro concreta applicazione nel prossimo accordo relativo al biennio 2008/2009. In particolare si conviene di precisare già in questo accordo che le finalità cui devono essere destinate le risorse del prossimo biennio economico 2008/2009 sono quelle richiamate ai commi 2, 3 e 4 del presente articolo;

2. Tutte le risorse disponibili per il rinnovo del secondo biennio economico 2008/2009 dovranno essere finalizzate al potenziamento dei processi di riorganizzazione ed integrazione. A tal fine le risorse di competenza del 2008 saranno erogate solo a partire dal 1 gennaio 2009 congiuntamente a quelle di competenza del 2009. Le suddette risorse vengono utilizzate per garantire:

- a. Il processo di perfezionamento degli accordi integrativi regionali, prevedendo meccanismi di garanzia che coinvolgano il livello di rappresentanza nazionale di parte pubblica e sindacale;
- b. La definizione di istituti che assicurino il riconoscimento dell'impegno professionale graduato per livello di complessità in un'ottica di uniformità dell'assistenza tra le regioni.

3. Gli obiettivi da perseguire col prossimo Accordo sono rappresentati in particolare da quelli elencati di seguito:

- a. per quanto riguarda gli obiettivi generali, si sottolinea l'esigenza di procedere verso la individuazione di forme di collaborazione tra il medico di medicina generale, i pediatri di libera scelta e lo specialista ambulatoriale, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;
- b. per quanto riguarda gli obiettivi specifici, si richiamano i seguenti:
 - miglioramento dell'accesso agli ambulatori di medicina generale e di pediatria di libera scelta e ai poliambulatori specialistici pubblici, a parti-

re dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;

- potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore su 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica che in età adulta;
- coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

4. Oltre agli obiettivi indicati al precedente comma 3, le parti convengono che nel prossimo accordo si debbano affrontare tra l'altro anche i seguenti aspetti:

- La revisione delle modalità e della struttura del compenso del medico, anche in relazione alle nuove unità complesse delle cure primarie;
- La partecipazione della specialistica ambulatoriale ai protocolli operativi della continuità dell'assistenza H 24;
- La definizione degli standard nazionali in ordine al sistema informativo, con particolare riferimento alla scheda sanitaria;
- L'approfondimento del flusso informativo che collega i medici convenzionati con le aziende sanitarie;
- La revisione della normativa contrattuale vigente al fine di renderla coerente con i nuovi assetti organizzativi;
- La revisione della costituzione e del funzionamento degli organismi regionali e aziendali nei quali è prevista la presenza delle Organizzazioni Sindacali.
- L'adeguamento dei meccanismi di certificazione della rappresentatività e dei diritti sindacali.

Art. 5 - Flusso informativo

1. Dal 1° gennaio 2009, il medico di assistenza primaria trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:

- Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
- Accesso allo studio medico, con o senza visita medica;
- Visite domiciliari;
- PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);
- Assistenza domiciliare (ADP/ADI);

2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:

- riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura);
- riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato;
- essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.

4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

Art. 6 - Tessera sanitaria e ricetta elettronica

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei mediciricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 1, comma 5.

2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.

3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.

4. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.

5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.

6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30 ACN 23 marzo 2005.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (AP) (al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per l'assistenza primaria spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni assistito in carico ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

Arretrati anno 2006 0,25 €/anno per assistito

Arretrati anno 2007 2,84 €/anno per assistito

3 2. A far data dal 1 gennaio 2008 il compenso forfettario di cui all'art. 59,

lettera A, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 40,05 per ciascun assistito in carico.

3. A decorrere dalla stessa data di cui al precedente comma il compenso aggiuntivo previsto dall'art. 59, lettera A, comma 9 dell'ACN 23 marzo 2005, corrisposto per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, è rideterminato in euro 20,29.

4. A decorrere dalla stessa data di cui al comma 2 il compenso aggiuntivo previsto dall'art. 59, lettera A, comma 10 dell'ACN 23 marzo 2005, per i soli assistiti in carico compresi nella fascia 6-14 anni, è rideterminato in euro 18,95.

5. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

6. Gli adeguamenti contrattuali derivanti dall'applicazione dei commi 2, 3 e 4 devono essere effettuati entro giugno 2009 unitamente alla corresponsione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009.

7. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione dei commi 2, 3 e 4 saranno corrisposti entro settembre 2009.

8. Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale individuale del medico di assistenza primaria, secondo quanto stabilito dall'ACN 23 marzo 2005.

9. A far data dal 1 gennaio 2008 il contributo previdenziale disposto dall'art. 60, comma 1 ACN 23 marzo 2005 a favore del competente Fondo di previdenza è rideterminato al 16,5% di cui il 10,375% a carico dell'Azienda e il 6,125% a carico del medico.

10. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

11. Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto legislativo 151/2001, è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,36% (zero virgola trentasei per cento) dei compensi di cui al comma 2 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, dall'entrata in vigore del presente accordo l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei compensi di cui al comma 2. Con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al presente comma affinché provveda in merito.

12. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma costituisce parte integrante del costo della convenzione come definita dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (CA)
(al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per la continuità assistenziale spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

Arretrati anno 2006 0,08 €/ora

Arretrati anno 2007 0,91 €/ora

2. A far data dal 1 gennaio 2008 l'onorario professionale di cui all'art. 72, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 22,03 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo.

3. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

4. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 2 saranno corrisposti entro novembre 2009.

5. A far data dal 1 gennaio 2008 il contributo previdenziale disposto dall'art. 72, comma 3 ACN 23 marzo 2005 a favore del competente Fondo di previdenza è pari al 16,5% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui il 10,375% a carico dell'Azienda e il 6,125% a carico del medico.

6. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

7. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico di cui al presente articolo per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.lgs. n. 151/2001 l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 5, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui al comma 2 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economi-

che di lungo periodo, dall'entrata in vigore del presente accordo l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei compensi di cui al comma 2.

8. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (MS)
(al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per la medicina dei servizi spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

Arretrati anno 2006 0,08 €/ora

Arretrati anno 2007 0,91 €/ora

2. A far data dal 1 gennaio 2008 l'incremento disposto sull'onorario professionale corrisposto alla data del 1 gennaio 2005 di cui all'art. 85, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è pari ad euro 0,99.

3. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

4. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 2 saranno corrisposti entro novembre 2009.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (EST)
(al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per l'emergenza sanitaria territoriale spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

Arretrati anno 2006 0,08 €/ora

Arretrati anno 2007 0,91 €/ora

2. A far data dal 1 gennaio 2008 l'onorario professionale di cui all'art. 98, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 22,03 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente accordo.

3. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

4. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione del comma 2 saranno corrisposti entro novembre 2009.

5. A far data dal 1 gennaio 2008 il contributo previdenziale disposto dall'art. 99, comma 1 ACN 23 marzo 2005 a favore del competente Fondo di previdenza è pari al 16,5% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali, di cui il 10,375% a carico dell'Azienda e il 6,125% a carico del medico.

6. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

7. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico di cui al presente articolo per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.lgs. n. 151/2001 l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 5, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui al comma 2 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, dall'entrata in vigore del presente accordo l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma è pari allo 0,72% dei compensi di cui al comma 2.

8. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma costituisce parte integrante del costo della convenzione come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

DICHIARAZIONE A VERBALE

La SISAC si impegna a collaborare con l'ENPAM per ridefinire le modalità ed i termini del versamento dei contributi dovuti e dell'invio della relativa rendicontazione come richiesto dalla corretta imputazione sulla posizione previdenziale degli iscritti.

Allegato

Le parti concordano altresì di dover provvedere a modificare ed integrare l'ACN 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale come di seguito indicato:

1) L'art. 13 è così integrato: dopo le parole ", ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni" è sostituito il seguente ", sulla base delle determinazioni regionali in materia e sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo, il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle atti-

vità professionali, tra i medici di medicina generale e le aziende sanitarie locali, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

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

2) L'art. 19, comma 3 è così modificato: dopo le parole "da situazioni di carattere oggettivo" è integrato come segue: "la cui valutazione è demandata al comitato aziendale di cui all'art. 23. Il provvedimento è adottato dalla competente Azienda, sentito l'interessato."

3) Il primo periodo del comma 6 dell'art. 30 è così modificato: "Il Direttore Generale dell'ASL, valutate le controdeduzioni addotte dallo stesso e sentito l'ufficio di coordinamento, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione."

4) Il secondo periodo del comma 9, dell'art. 33 è così integrato: dopo le parole "Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria" sono aggiunte le seguenti "e per l'intero territorio regionale".

5) Dopo la norma finale 15 è aggiunta la seguente:

"Norma finale n. 16

In ottemperanza al combinato disposto dell'art. 46, comma 1 D.lgs 30 marzo 2001, n. 165 e dell'art. 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 la SISAC fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme interpretazione delle clausole contrattuali sentite le OO.SS. sindacali firmatarie del presente accordo"

6) Dopo la norma transitoria n. 10 è aggiunta la seguente:

"Norma transitoria n. 11

I rappresentanti medici eletti di cui all'art. 25, comma 4, con le procedure di cui all'allegato O del presente ACN restano in carica fino alla definizione economica normativa del biennio 2008-2009 ed alla sua entrata in vigore".

Art. 1 - Compiti e funzioni del pediatra di famiglia

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il pediatra, nell'ambito dei compiti previsti dall'art. 44 dell'ACN 15 dicembre 2005, espleta le seguenti funzioni :

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
- persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

2. Le funzioni e i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del pediatra.

3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il pediatra svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di pediatri di famiglia di cui all'articolo 2 e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dall'art. 3, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

4. Per ciascun paziente in carico, il pediatra raccoglie, aggiorna e trasmette all'azienda sanitaria le informazioni come previsto dall'art. 5 del presente accordo.

5. Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 5, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.

6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.

Art. 2 – aggregazione funzionale territoriale della Pediatria di Famiglia.

1. Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli pediatri per il conseguimento degli obiettivi di assistenza

2. I pediatri partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.

3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali, facendo riferimento alla specificità delle realtà locali.

4. L'attività dell'aggregazione funzionale è coordinata da un pediatra di famiglia.

5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei pediatri alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3, nonché la scelta del coordinatore di cui al comma 4.

6. I pediatri aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di :

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra pediatria di famiglia e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più

ampia della "clinical governance";

- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";

- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:

- L'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;

- La condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;

- La partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma 6

Art. 3 – Requisiti e funzioni minime dell'unità complessa delle cure primarie

1. Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell'unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.

3. L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali, secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;

- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati.

- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;

- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;

- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i pediatri di famiglia, i medici di medicina generale, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.

Art. 4 - Impegni da inserire nel prossimo ACN, relativo al biennio 2008/2009

1. I contenuti del presente articolo rappresentano altrettanti impegni che le parti decidono di assumere con la sottoscrizione di questo accordo e di recepire per la loro concreta applicazione nel prossimo accordo relativo al biennio 2008/2009. In particolare si conviene di precisare già in questo accordo che le finalità cui devono essere destinate le risorse del prossimo biennio economico 2008/2009 sono quelle richiamate ai commi 2, 3 e 4 del presente articolo;

2. Tutte le risorse disponibili per il rinnovo del secondo biennio economico 2008/2009 dovranno essere finalizzate al potenziamento dei processi di riorganizzazione ed integrazione. A tal fine le risorse di competenza del 2008 saranno erogate solo a partire dal 1 gennaio 2009 congiuntamente a quelle di competenza del 2009. Le suddette risorse vengono utilizzate per garantire:

a. Il processo di perfezionamento degli accordi integrativi regionali, prevedendo meccanismi di garanzia che coinvolgano il livello di rappresentanza nazionale di parte pubblica e sindacale.
b. La definizione di istituti che assicurino il riconoscimento dell'impegno professionale graduato per livello di complessità in un'ottica di uniformità dell'assistenza tra le Regioni.

3. Gli obiettivi da perseguire col prossimo Accordo sono rappresentati in particolare da quelli elencati di seguito:

a. per quanto riguarda gli obiettivi generali, si sottolinea l'esigenza di procedere verso la individuazione di forme di collaborazione tra il pediatra di famiglia, il medico di medicina generale e lo specialista ambulatoriale, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;

b. per quanto riguarda gli obiettivi specifici, si richiamano i seguenti:
- miglioramento dell'accesso agli ambulatori di pediatria di famiglia, di medicina generale e ai poliambulatori specialistici pubblici, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;

- potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore per 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei pediatri di famiglia;

- potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica che in età adulta;

- coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei pediatri di famiglia e dei medici di medicina generale.

4. Oltre agli obiettivi indicati al precedente comma 3, le parti convengono che nel prossimo accordo si debbano affrontare tra l'altro anche i seguenti aspetti:

- La revisione delle modalità e della struttura del compenso del medico, anche in relazione alle nuove unità complesse delle cure primarie;

- La partecipazione della specialista ambulatoriale ai protocolli operativi della continuità dell'assistenza H 24.

- La definizione degli standard nazionali in ordine al sistema informativo, con particolare riferimento alla scheda sanitaria;

- L'approfondimento del flusso informativo che collega i medici convenzionati con le aziende sanitarie;

- La revisione della normativa contrattuale vigente al fine di renderla coerente con i nuovi assetti organizzativi;

- La revisione della costituzione e del funzionamento degli organismi regionali e aziendali nei quali è prevista la presenza delle Organizzazioni Sindacali.

- L'adeguamento dei meccanismi di certificazione della rappresentatività e dei diritti sindacali.

Art. 5 - Flusso informativo

1. Dal 1° gennaio 2009, il pediatra di famiglia trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:

- Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);

- Accessi allo studio medico, con visita medica o attività di counselling;

- Accessi allo studio medico, senza visita medica;

- Visite domiciliari;

- PPIP;

- Bilanci di salute;

- Assistenza domiciliare (ADP/ADI);

2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:

- riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura);

- riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato;

- essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse ai componenti i Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.

4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

Art. 6 - Tessera sanitaria e ricetta elettronica

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei mediciricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai

sensi dell'art. 1, comma 5.

2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.

3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.

4. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.

5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.

6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30 ACN 15 dicembre 2005.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (Pdls)

(al netto delle ritenute ENPAM a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, ai medici convenzionati per la pediatria di libera scelta spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni assistito in carico ed in riferimento all'attività effettivamente prestata nel periodo, come disposto dalla seguente tabella:

Arretrati anno 2006 0,47 €/anno per assistito

Arretrati anno 2007 5,38 €/anno per assistito

2. A far data dal 1 gennaio 2008 il compenso forfettario di cui all'art. 58, lettera A, comma 1 dell'ACN 15 dicembre 2005 è rideterminato in euro 83,65 per ciascun assistito in carico.

3. A decorrere dalla stessa data di cui al precedente comma il compenso aggiuntivo previsto dall'art. 59, lettera A, comma 9 dell'ACN 15 dicembre 2005, corrisposto per ciascun assistito che non abbia compiuto il sesto anno di età, è rideterminato in euro 13,50.

4. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

5. Gli adeguamenti contrattuali derivanti dall'applicazione dei commi 2 e 3 devono essere effettuati entro giugno 2009, unitamente alla correzione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009.

6. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione dei commi 2 e 3 saranno corrisposti entro settembre 2009.

7. Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale del pediatra di famiglia e delle scelte in deroga acquisibili secondo quanto previsto dall'art. 38 dell'ACN 15 dicembre 2005.

8. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i pediatri di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.

9. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale costituisce parte integrante del costo dell'ACN come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

DICHIARAZIONI A VERBALE

1. La SISAC si impegna a collaborare con l'ENPAM per ridefinire le modalità ed i termini del versamento dei contributi dovuti e dell'invio della relativa rendicontazione come richiesto dalla corretta imputazione sulla posizione previdenziale degli iscritti.

2. La SISAC e le OO.SS. dei pediatri di famiglia concordano sulla opportunità di destinare il valore derivante dagli incrementi contrattuali del biennio economico 2006-2007, disposti dall'anno 2008 e riferiti al monte salari della quota C, per i processi di potenziamento ed integrazione della Continuità Assistenziale riferita alla popolazione assistita dai pediatri, in applicazione a quanto disposto al comma 6 dell'art. 2.

Allegato

Le parti concordano altresì di dover provvedere a modificare ed integrare l'ACN 15 dicembre 2005 per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera scelta come di seguito indicato:

1) Dopo la norma finale 6 è aggiunta la seguente:

"Norma finale n. 7

In ottemperanza al combinato disposto dell'art. 46, comma 1 D.lgs 30 marzo 2001, n. 165 e dell'art. 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 la SISAC fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme interpretazione delle clausole contrattuali sentite le OO.SS. sindacali firmatarie del presente accordo"

2) Dopo la norma transitoria n. 6 è aggiunta la seguente:

"Norma transitoria n. 7

I rappresentanti medici eletti di cui all'art. 25, comma 4 del presente ACN restano in carica fino alla definizione economica normativa del biennio 2008-2009 ed alla sua entrata in vigore".

Art. 1 - Compiti e funzioni dello Specialista Ambulatoriale, del Veterinario e delle altre Professionalità (biologi, psicologi, chimici).

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico specialista ambulatoriale, espletta le seguenti funzioni:

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun pazien-

te in carico tenuto conto dei compiti previsti dagli artt. 28 e 29 dell'ACN 23 marzo 2005;

- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri pazienti;
- attraverso le sue scelte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

2. Le funzioni ed i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del medico.

3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici specialisti ambulatoriali come definita dall'art. 2 e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dall'art. 3, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

4. Per ciascun paziente, il medico raccoglie, rende disponibili all'azienda sanitaria e aggiorna le informazioni previste dall'art. 5 del presente accordo.

5. Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 5, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni e dalle aziende secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.

6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.

7. I compiti e le funzioni di cui al presente articolo, ove applicabili, riguardano i medici veterinari e tutti gli altri professionisti di area nei limiti delle relative competenze.

Art. 2 – aggregazione funzionale territoriale dei medici specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati

1. Con le aggregazioni funzionali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

2. I medici specialisti ambulatoriali e gli psicologi convenzionati partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.

3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali sulla base del seguente criterio:

- Pluralità di specialisti operanti in ambito distrettuale e/o aziendale individuato dalla programmazione regionale in funzione del numero di specialisti ambulatoriali e di psicologi convenzionati presenti.

4. L'attività dell'aggregazione funzionale viene coordinata dal coordinatore aziendale, qualora previsto dalle norme regionali, o distrettuale di cui al comma 2, art. 28 dell'ACN 23 marzo 2005. In assenza del coordinatore aziendale, tale funzione viene garantita da uno dei coordinatori distrettuali.

5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei medici e degli psicologi convenzionati alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3 nonché la scelta del coordinatore di cui al comma 4.

6. I medici e gli psicologi convenzionati partecipano all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:

- Promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione interdisciplinare e con l'assistenza ospedaliera;

- Promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance"; sia tra i professionisti appartenenti alla stessa branca, sia tra i professionisti appartenenti a branche diverse impegnati nell'affrontare problemi comuni sotto il profilo diagnostico, clinico e terapeutico;

- Promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";

- Promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:

- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;

- la condivisione delle proprie attività con l'Azienda o con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi. In questo contesto, il responsabile di branca di cui all'art. 30, comma 2 dell'ACN 23 marzo 2005 può svolgere una funzione di integrazione e coordinamento tra professionisti della stessa branca in particolare qualora gli stessi appartengano ad aggregazioni funzionali diverse;

- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con l'Azienda o con il Distretto e coerenti con la pro-

grammazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma 6.

Art. 3 – Requisiti e funzioni minime dell'unità complessa delle cure primarie

1. Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell'unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.

3. L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);

- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;

- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;

- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;

- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.

Art. 4 - Impegni da inserire nel prossimo accordo relativo al biennio economico 2008/2009

1. I contenuti del presente articolo rappresentano altrettanti impegni che le parti decidono di assumere con la sottoscrizione di questo accordo e di recepire per la loro concreta applicazione nel prossimo accordo relativo al biennio 2008/2009. In particolare si conviene di precisare già in questo accordo che le finalità cui devono essere destinate le risorse del prossimo biennio economico 2008/2009 sono quelle richiamate ai commi 2, 3 e 4 del presente articolo;

2. Tutte le risorse disponibili per il rinnovo del secondo biennio economico 2008/2009 dovranno essere finalizzate al potenziamento dei processi di riorganizzazione ed integrazione. A tal fine le risorse di competenza del 2008 saranno erogate solo a partire dal 1 gennaio 2009 congiuntamente a quelle di competenza del 2009. Le suddette risorse vengono utilizzate per garantire:

a. Il processo di perfezionamento degli accordi integrativi regionali, prevedendo meccanismi di garanzia che coinvolgano il livello di rappresentanza nazionale di parte pubblica e sindacale;

b. La definizione di istituti che assicurino il riconoscimento dell'impegno professionale graduato per livello di complessità in un'ottica di uniformità dell'assistenza tra le regioni.

3. Gli obiettivi da perseguire col prossimo Accordo sono rappresentati in particolare da quelli elencati di seguito:

a. Per quanto riguarda gli obiettivi generali, si sottolinea l'esigenza di procedere verso la individuazione di forme di collaborazione tra il medico di medicina generale, i pediatri di libera scelta e lo specialista ambulatoria-

le, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;

b. Per quanto riguarda gli obiettivi specifici, si richiamano i seguenti:

- miglioramento dell'accesso agli ambulatori di medicina generale e di pediatria di libera scelta e ai poliambulatori specialistici pubblici, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;

- potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore su 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

- potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica che in età adulta;

- coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

4. Oltre agli obiettivi indicati al precedente comma 3, le parti convengono che nel prossimo accordo si debbano affrontare tra l'altro anche i seguenti aspetti:

- La revisione delle modalità e della struttura del compenso del medico, anche in relazione alle nuove unità complesse delle cure primarie;

- La partecipazione della specialistica ambulatoriale ai protocolli operativi della continuità dell'assistenza H 24;

- La definizione degli standard nazionali in ordine al sistema informativo, con particolare riferimento alla scheda sanitaria;

- L'approfondimento del flusso informativo che collega i medici convenzionati con le aziende sanitarie;

- La revisione della normativa contrattuale vigente al fine di renderla coerente con i nuovi assetti organizzativi;

- La revisione della costituzione e del funzionamento degli organismi regionali e aziendali nei quali è prevista la presenza delle Organizzazioni Sindacali;

- L'adeguamento dei meccanismi di certificazione della rappresentatività e dei diritti sindacali.

- La piena integrazione della medicina veterinaria all'interno dell'ACN.

Art. 5 - Flusso informativo

1. Dal 1° gennaio 2009, il medico specialista ambulatoriale rende disponibili alla propria azienda sanitaria le informazioni relative ai compiti di cui all'art. 1, come definiti a livello regionale.

2. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.

3. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

Art. 6 - Tessera sanitaria e ricetta elettronica

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei mediciricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 1, comma 5.

2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.

3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.

4. La relativa trattenuta è applicata dall' Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.

5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.

6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dalla Commissione di Disciplina secondo le modalità previste dall'art. 27 ACN 23 marzo 2005.

Art. 7 - Trattamento economico: Incrementi contrattuali. (Specialisti, Veterinari, altre Professionalità) (al netto delle ritenute previdenziali a carico delle aziende sanitarie e di quelle relative al fondo assistenza malattia)

1. Nel rispetto delle disposizioni finanziarie che hanno provveduto a stanziare le risorse necessarie a garantire l'incremento economico per il biennio economico 2006-2007, agli specialisti, ai veterinari ed alle altre professionalità (biologi, psicologi e chimici) spetta per ciascuno degli anni 2006 e 2007 un compenso una tantum, per ogni ora di attività secondo quanto disciplinato dagli artt. 42 lett. A comma 1, 43, lettera A, comma 1 e 50, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005, come disposto dalla seguente tabella:

Specialisti Ambulatoriali e Veterinari

Arretrati anno 2006 0,14 €/ora

Arretrati anno 2007 1,64 €/ora

Altre Professionalità (biologi, psicologi e chimici)

Arretrati anno 2006 0,10 €/ora

Arretrati anno 2007 1,17 €/ora

2. A far data dal 1 gennaio 2008 il compenso orario degli specialisti ambulatoriali e dei veterinari incaricati a tempo indeterminato di cui all'art. 42, lettera A, comma 1 è rideterminato in euro 28,44 per ogni ora di attività.

3. A far data dal 1 gennaio 2008 il compenso orario dei professionisti (biologi, psicologi e chimici) incaricati a tempo indeterminato di cui all'art. 43, lettera A, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 22,75 per ogni ora di attività.

4. A far data dal 1 gennaio 2008 il compenso orario degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti (biologi, psicologi e chimici) incaricati a tempo determinato di cui all'art. 50, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 è rideterminato in euro 38,79 per ogni ora di attività effettivamente espletata ai sensi del presente accordo.

5. Gli arretrati di cui al comma 1 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.

6. Gli adeguamenti contrattuali derivanti dall'applicazione dei commi 2, 3 e 4 devono essere effettuati entro giugno 2009 unitamente alla correzione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009.

7. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione dei commi 2, 3 e 4 saranno corrisposti entro settembre 2009.

DICHIARAZIONE A VERBALE

La SISAC si impegna a collaborare con l'ENPAM per ridefinire le modalità ed i termini del versamento dei contributi dovuti e dell'invio della relativa rendicontazione come richiesto dalla corretta imputazione sulla posizione previdenziale degli iscritti.

Allegato

Le parti concordano altresì di dover provvedere a modificare ed integrare l'ACN 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre Professionalità come di seguito indicato:

1) Dopo la norma finale 6 è aggiunta la seguente:

"Norma finale n. 7 In ottemperanza al combinato disposto dell'art. 46, comma 1 D.lgs 30 marzo 2001, n. 165 e dell'art. 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 la SISAC fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme interpretazione delle clausole contrattuali sentite le OO.SS. sindacali firmatarie del presente accordo"

COMBISARTAN® 160mg / 25mg
C09DA03
valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN® 160mg / 12,5 mg
C09DA03
valsartan + idroclorotiazide

VALPRESSION® 160 mg
C09CA03
valsartan

Menarini, salute senza confini

Conformità a Linea Guida per la certificazione delle attività di informazione scientifica verificata da

Certificato n° 50 100 4785