

N° 1 - GENNAIO 2010 - Anno XLIX 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.org

Direttore responsabile: **MAURO UCCI**Com. red.: V. Boscherini, L. Fanciullacci, E. Messina,
M. Mugnai, 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

280

Stampato da: STAMPA BALDESI - FIRENZE

Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana



IL CORAGGIO E L'OBBLIGO DELLE SCELTE

Si è chiusa la stagione dei rinnovi contrattuali, per la prima volta dopo molti decenni siamo in presenza di un sostanziale pareggio fra periodo contrattuale e vigenza degli accordi. In pochi mesi sono stati recuperati 4 anni di ritardo con un recupero economico (programmato dal tesoro) di circa l'8 %. Ma il punto non è questo: la parte economica, pur importante ma non scontata come qualcuno erroneamente afferma (il recupero dell'inflazione programmata infatti spetta per legge alla dipendenza ma non ai convenzionati, e ne sanno qualcosa i convenzionati esterni che hanno visto ridurre le tariffe delle loro prestazioni), la parte più delicata era il versante normativo, dove alcune leggi dello Stato già vigenti avevano normato "ope legis" parte del nostro lavoro. Con un lavoro estenuante queste norme sono state ricondotte ad una applicabilità con tempi compatibili alla informatizzazione del servizio. Certo le aspirazioni sono tante ma, dopo aver visto in tre D "Alice nel paese delle meraviglie", si consiglia ad alcuni distratti invitati di pietra al tavolo delle trattative, di tornare nel mondo reale e affrontare la complessità dei problemi. Giacomo Milillo ha detto che è più facile abbaiare che mordere, ed in realtà è patrimonio comune come le "opposizioni": quando sono tali abbassano le tasse, aumentano le pensioni, modificano il mondo, salvo poi, una volta nei posti di responsabilità, applicare scelte che ritengono di buon governo, calati nella realtà delle cose. Chi non ha mai firmato un contratto, chi da anni piange, si agita e non propone, non difende la categoria ma la accompagna al capolinea (vedi progetto di privatizzazione dell'assistenza primaria). Nessuno è indispensabile, i convenzionati meno che mai. Solo la completa integrazione negli obiettivi del Servizio Sanitario potranno mantenere la nostra figura, così importante nella logica dell'assistenza. Il progetto di rifondazione dice questo e il prossimo contratto (non convenzione) dovrà dare le gambe a questo progetto. I tempi sono maturi, il tempo c'è, resta da verificare la volontà ad investire finalmente nel territorio, perché nessuno potrà più sfuggire alle proprie responsabilità. Una nuova stagione di assessori regionali dovrà chiarire questo punto, noi siamo pronti al confronto, agli altri lasciamo le caverne per i soliti ululati.

Mauro Ucci – Segretario Provinciale FIMMG Firenze
e Vice-Segretario Nazionale FIMMG

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

In data 9 marzo 2010 alle ore 19.30, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra:

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Franco Rossi

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

- FIMMG
- INTESA SINDACALE
- CISL MEDICI – FP CGIL MEDICI – SIMET – SUMAI

segue a pag. 2

FIRMARE PER POTER LOTTARE

Cari colleghi,
dopo una trattativa breve, ma aspra, preceduta da un altrettanto tribolato percorso per ottenere l'atto d'indirizzo da parte delle Regioni, la Fimmg, che aveva negato la firma per due sedute consecutive, in data 10/03/10 ha ritenuto di poter firmare l'ACN del biennio economico 2008-2009, con integrazioni normative, nella versione derivante dagli ultimi atti negoziali. Nella decisione finale del Sindacato hanno prevalso considerazioni di strategia generale e valutazioni tattiche immediate ed a breve termine, oltre alla consapevolezza che la scadenza delle prossime elezioni regionali comporta la certezza del procrastinarsi di ogni trattativa dopo la stabilizzazione del quadro istituzionale. Da un punto di vista strategico generale la vicenda appena conclusa è l'ennesima conferma di quanto sia penalizzante il contesto normativo che ingloba la contrattualistica della Medicina generale in quella del pubblico impiego. In questo modo, quanto per la dipendenza rappresenta sempre ad ogni contratto un incremento sull'onorario, per quanto modesto, per noi costituisce un lordo, sul quale caricare il ristoro dell'onorario (quando residua) e delle spese di produzione del reddito. Il permanere di questa situazione senza correttivi non può che essere deleterio per la categoria, specie se esacerbato dalla sempre più risicata disponibilità economica per i contratti sancita dalla parte governativa e regionale.

segue a pag. 2

Non è possibile neppure ipotizzare correttivi a quanto sopra accennato, del tipo che Fimmg ha perfettamente individuato con la sua proposta di Ri-fondazione, come, fra l'altro, la ristrutturazione del compenso con separazione dell'onorario dalle spese di produzione del reddito e conseguente allocazione in capitoli di bilancio diversi della spesa pubblica, senza ottenere prima una coincidenza temporale tra Acn di cui si tratta e periodo di sua vigenza. Con la firma di oggi per la prima volta questo avviene, si apre uno spazio di trattativa di tre anni di contemporaneità tra ACN da negoziare e sua validità, ciò potrà consentire di ottenere una rivisitazione completa delle condizioni strutturalmente penalizzanti la posizione contrattuale, economica e professionale della categoria. Non è un obiettivo facile o indolore, a tutti noi il compito di perseguirlo, ciascuno per le proprie responsabilità e ciascuno rendendosi disponibile per una lotta che potrà avere anche momenti di aspro scontro sindacale, ma a fronte non di orizzonti residuali e stagnanti come quelli fino ad ora impostici, ma della prospettiva di por mano alle radici stesse della nostra sopravvivenza categoriale. Siamo finalmente liberi dall'affanno di dover rincorrere un arretrato che il tempo che passa, sappiamo, rende recuperabile sempre a condizioni più penalizzanti, e di pensare al nostro futuro. Non è possibile giudicare le ragioni di questa firma senza le considerazioni sopra sintetizzate, dopo di che l'ACN appena siglata è un compromesso di passaggio nel quale FIMMG e solo Fimmg, si è preoccupata di garantire al massimo che le dichiarazioni contrattuali possano essere tradotte in atti concreti solo a condizione della condivisione da parte degli organi periferici del Sindacato. Sul tavolo contrattuale a tutela dei MMG non ha operato nessun altro, essendo taluni, al di là della genetica carenza d'idee, troppo occupati a calcolare quanto, eventuali passaggi dell'ACN, li avrebbero potuti favorire nella strumentalizzazione abituale utile all'accattonaggio di qualche consenso. Possono valere alcuni esempi per una attenta meditazione di quanto scritto, prima di formulare giudizi scarsamente ponderati:

1. Fatto salvo l'arretrato dovuto per gli anni 2008-2009 da caricare esclusivamente sulla quota A (onorario). La quota dell'1,2% assegnata alla stipula degli accordi regionali con decorrenza 01/01/10, qualora non esista la convenienza o la possibilità di stipulare l'AIR in una determinata regione, trascorsi 9 mesi dall'entrata in vigore dell'ACN viene automaticamente restituita ai medici sulla quota onorario. La penalizzazione da mancata stipula del 10% pari a 0,081 euro/assistito resta nella massa salariale della categoria in base alla Dichiarazione a verbale. Pur con una tempistica allungata e contorta si è riusciti a rendere disponibile pressochè l'intero 3,2% sulla quota A, qualora gli organi decentrati del Sindacato lo ritengano opportuno.

2. Il flusso informativo epidemiologico sui pazienti cronici di cui all'art. 3 comma 2 che deve essere condiviso vuoi nella scelta dei dati che per quanto riguarda la o le malattie croniche ai quali si riferiscono, oltre ad essere sottoposto a tutte le clausole di garanzia informatica (privacy compresa) dell'ACN in vigore, in assenza di detta condivisione entro tre mesi dall'entrata in vigore dell'ACN non potrà essere fornito, senza che questo comporti penalizzazione economica in quanto la relativa quota di 0,20 euro/assistito sarà automaticamente riallocata sui pazienti ultra settantacinquenni, rendendo inapplicabili i disposti del comma 9 dell'art. 8.

3. Art. 3 comma 1 (patient summary). Esiste una prima clausola di salvaguardia che rimanda all'art. 59 ter della ACN in essere, il quale a sua volta cita anche la clausola di salvaguardia dell'Art. 13 bis. In assenza delle condizioni (attualmente inesistenti in tutte le regioni) richiamate da questi articoli non entrano in vigore i disposti successivi del comma in oggetto. Il punto a) presuppone una condivisione dei dati da trasmettere, in realtà non si tratta di un patient summary, ma di un flusso informativo definito limitato e condiviso. A conferma di ciò le disposizioni del comma b) che prevedono implementazioni subordinate ad una ulteriore condivisione. Il comma c) prevede verifiche congiunte da intendersi con intenti programmatori, di definizione e tassonomici, non applicativi. Ogni tempistica diversa dell'implementazione citata del patient summary deve essere concordata a livello regionale. Pur con tutte le difficoltà di un testo di compromesso il Sindacato ha salvaguardato la valorizzazione economica del vero Patient summary, impedendo il suo aggancio all'indennità informatica come proposto dalla Sisac, non ha assunto decisioni limitative ad una sua trattazione nella prossima ACN, ha contrattato un set ipotetico di dati tutto da definirsi a livello regionale in base alle opportunità ed alle convenienze territoriali. Se per alcuni tutto questo può essere speso politicamente come Patient summary non dipende da noi, potrebbe servire a rendersi conto che il cammino è ancora lungo e ad essere invogliati a percorrerlo, ma a condizioni tutte da definire.

Giacomo Milillo

ACCORDO - segue da pag.1

ART. 1 – ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP.

1. Nelle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) di cui all'art. 26ter ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, è istituito il ruolo del referente unico scelto tra i medici dell'UCCP in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno cinque anni.

2. Gli Accordi regionali individuano le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'UCCP definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte delle Aziende Sanitarie, stabilendo anche il compenso da corrispondere.

3. Il referente unico si avvale della collaborazione dei coordinatori delle Aggregazioni Funzionali di cui all'art. 26bis ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

4. L'onere del compenso di cui al comma 2 viene finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali dal presente rinnovo contrattuale.

ART. 2 – MODIFICHE ALLE NORME VIGENTI SULL'INCOMPATIBILITÀ.

1. Fatti salvi i criteri di incompatibilità già sanciti dall'art. 17 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che:

a) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati;

b) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. La disciplina negoziale delle singole professioni afferenti il presente Accordo non può derogare alle disposizioni del precedente comma. Le clausole difformi sono abrogate fatta salva la norma finale n. 10 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

ART. 3 – DISPOSIZIONI SUI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONI "PAPERLESS".

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della regione o provincia autonoma della rete informatica regionale di cui all'art. 59ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., nell'ambito dei compiti del medico di assistenza primaria, è avviato il percorso di implementazione del "patient summary" attraverso le seguenti fasi da attuare progressivamente:

a) l'implementazione ha inizio con l'invio sperimentale, al fine della valutazione della qualità del dato, di un set concordato di informazioni riferito agli assistiti in carico ultra 75enni;

b) stabilizzato il flusso di cui al punto a), viene stabilita concordemente a livello regionale la graduale implementazione dell'invio dei dati, riferita agli assistiti in carico con patologie croniche;

c) al termine delle fasi di cui ai precedenti punti a) e b) è prevista una verifica congiunta a livello regionale al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi ed introdurre gli eventuali ed opportuni aggiustamenti per il consolidamento del "patient summary" riferito a tutta la popolazione assistita, al fine dell'utilizzo da parte del Sistema Sanitario Regionale. Le regioni definiscono, d'intesa con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, la tempistica più opportuna del percorso di implementazione del "patient summary" per rendere coerente lo sviluppo della sanità elettronica con la programmazione regionale.

2. L'individuazione dei pazienti cronici per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 8 del presente accordo viene effettuata con criteri definiti e condivisi a livello regionale. Per tali pazienti i medici di assistenza primaria inviano all'Azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai pazienti cronici in carico. I dati epidemiologici in loro possesso da trasmettere nel prospetto informativo sono individuati e condivisi a livello regionale.

3. Le informazioni di cui al presente articolo, così come quelle previste all'articolo 59bis dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e più in generale qualsiasi altra informazione amministrativa rilevante sotto il profilo del rapporto convenzionale, vengono trasmesse dal medico all'Azienda sanitaria e da quest'ultima al medico esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

4. Gli obblighi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo devono rispettare la tempistica prevista al 1° comma dell'art. 59ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., fatto salvo quanto previsto al comma 4 dell'art. 59bis e al comma 5 dell'art. 13bis del medesimo ACN.

ART. 4 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. L'Accordo collettivo nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del SSN, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.

2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V° della Costituzione, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.

3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:

- La definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;

- La dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;

- La responsabilità delle istituzioni, Regioni e Aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.

4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.

5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

6. È abrogato l'art. 2 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

ART. 5 – INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.

1. I prossimi AIR dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP), individuate con l'ACN 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:

a) Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;

b) Azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi, con particolare riferimento a:

- Accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica)

- Possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di UCCP, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento

- Individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP

- Potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato

- Sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi

c) Miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnosticoterapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi;

d) Definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;

e) Valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica;

f) Messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile, coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle AFT e delle UCCP.

ART. 6 – TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI

1. Gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) sono siglati e resi operativi da appositi provvedimenti regionali entro 9 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo Collettivo Nazionale.

2. Qualora in una Regione tale termine non venga rispettato, le risorse definite dal presente ACN per l'AIR vengono attribuite come segue:

- per ciascun settore di attività (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei servizi, Emergenza territoriale), secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente ACN;

- sono riconosciute ai medici convenzionati previa riduzione del 10%.

- la Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti.

ART. 7 – IMPIEGO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE E NELLE UCCP.

1. Nell'ambito della UCCP, lo specialista ambulatoriale ha il compito

di garantire l'assistenza specialistica definita dalla programmazione aziendale ai pazienti assistiti dall'UCCP, presso la sede della stessa, a domicilio o presso altre strutture residenziali.

2. L'attività dello specialista ambulatoriale nell'ambito della UCCP si svolge in accordo con l'attività degli altri medici convenzionati operanti nella medesima UCCP (medicina generale, pediatria di famiglia, ecc.) e viene coordinata dal referente della stessa UCCP.

ART. 8 – AUMENTI CONTRATTUALI.

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia, fissano un aumento, per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi), da erogarsi secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda:

Medici di Assistenza Primaria

TABELLA A – Arretrati 2008 - 2009

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2008	0,27
arretrati 2009	2,17

TABELLA B – Incrementi 2010

Decorrenza	quota capitaria	ACN 23 marzo 2005 e s.m.i./ presente accordo
dal 1.1.2010	€ 10,80	Art. 59, lett. A, comma 9
dal 1.1.2010	€ 0,20	Assistenza al cronico
dal 1.1.2010	€ 0,81	Accordo Integrativo Regionale

Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale

TABELLA C – Arretrati 2008 - 2009

Anno	€/per ora
arretrati 2008	0,08
arretrati 2009	0,69

TABELLA D – Incrementi 2010

Decorrenza	quota oraria	ACN 23 marzo 2005 e s.m.i./ presente accordo
dal 1.1.2010	€ 0,43	Artt. 72, comma 1 e 98, comma 1
dal 1.1.2010	€ 0,26	Accordo Integrativo Regionale

Medici di Medicina dei Servizi Territoriali

TABELLA E – Arretrati 2008 - 2009

Anno	€/per ora
arretrati 2008	0,08
arretrati 2009	0,69

TABELLA F – Incrementi 2010

Decorrenza	quota oraria	ACN 23 marzo 2005 e s.m.i./ presente accordo
dal 1.1.2010	€ 0,43	Art. 85, comma 1
dal 1.1.2010	€ 0,26	Accordo Integrativo Regionale

2. le Regioni, per i relativi accordi decentrati potranno contare su una quota per assistito/ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, pari ad euro 0,81 (zero/81) per l'assistenza primaria, euro 0,26 (zero/26) per la continuità assistenziale, per l'emergenza sanitaria territoriale e per la medicina dei servizi.

3. Ai sensi dell'art. 59, lett. A, comma 9 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, il compenso aggiuntivo annuo, pari ad euro 20,29 è incrementato, a far data dal 1 gennaio 2010, di euro 10,80 (dieci/80).

4. A far data dal 1 gennaio 2010, ai sensi dell'art. 72, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., l'onorario professionale dei medici di continuità assistenziale è rideterminato in euro 22,46 (ventidue/46).

5. A far data dal 1 gennaio 2010, ai sensi dell'art. 85, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., l'onorario professionale dei medici di medicina dei servizi è incrementato ulteriormente di euro 0,43 (zero/43).

6. A far data dal 1 gennaio 2010, ai sensi dell'art. 98, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., l'onorario professionale dei medici di emergenza sanitaria territoriale è rideterminato in euro 22,46 (ventidue/46).

7. Euro 0,20 (zero/20), per ciascun assistito dai medici di assistenza primaria, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'a-

zienda, viene attribuito dalla Regione ai propri medici di assistenza primaria in base al numero di assistiti presenti nella loro lista affetti da una o più delle patologie croniche di cui al DM 28 maggio 1999, n. 329.

8. Le Regioni assegnano tale disponibilità finanziaria entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente ACN. Trascorso tale termine, le risorse non assegnate per l'assistenza ai pazienti di cui al precedente comma 7, vengono assegnate ai medici sulla base del numero di assistiti con età superiore ai 75 anni presenti nella loro lista.

9. La mancata collaborazione del medico di assistenza primaria nel fornire quanto previsto al precedente art. 3, comma 2 comporta la sospensione dell'assegnazione della quota di cui al precedente comma 7.

10. Gli arretrati di cui alle tabelle A (medici di assistenza primaria), C (medici di continuità assistenziale e emergenza sanitaria territoriale), E (medici di medicina deiservizi) del comma 1 del presente articolo, sono corrisposti entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.

11. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali di cui ai commi 3, 4, 5 e 6 del presente articolo sono corrisposti entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.

12. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali, a far data dal 1 gennaio 2010, di cui al comma 2 del presente articolo, sono corrisposti entro tre mesi dalla stipula dell'accordo regionale o entro tre mesi dalla scadenza dei termini dell'art. 6 del presente ACN.

13. Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale del medico di assistenza primaria e delle scelte in deroga acquisibili secondo quanto previsto dall'art. 40 dell'ACN 23 marzo 2005.

ART. 9 – MODIFICHE ALL'ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.

1. Nell'art. 59, lett. B, comma 7 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. dopo le parole "utilizzano un infermiere professionale" sono inserite le seguenti "o un tecnico della riabilitazione, o un assistente sanitario, o un ostetrico o altro professionista sanitario equivalente". Nel medesimo comma dopo le parole "per assistito in carico" sono aggiunte le seguenti "Nell'ambito delle medesime risorse di cui all'art. 46 e fermo restando la misura fissata al successivo comma 8 lett. d), i medici di assistenza primaria possono utilizzare l'operatore socio sanitario (O.S.S.) assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria o fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali. L'Azienda per l'OSS corrisponde, fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter, un'indennità annua nella misura di Euro 3,50 per assistito in carico".

2. Nell'art. 22, comma 10 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. dopo le parole "sindacali firmatarie" le parole "del presente accordo" sono sostituite dalle seguenti: "dell'accordo di rinnovo del biennio economico 2008-2009".

ART. 10 – ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.

1. Il presente Accordo rappresenta il rinnovo del biennio economico 2008-2009 e integra con le clausole normative dei precedenti articoli il quadro normativo dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

NORMA TRANSITORIA N. 1

I rapporti contrattuali in essere tra i medici incaricati provvisori, i medici in servizio di guardia medica, di cui rispettivamente agli articoli 50, 51 della L. 9 ottobre 1970, n. 740 col SSN possono essere prorogati fino alla predisposizione della specifica disciplina da definire nella successiva contrattazione nazionale

DICHIARAZIONE A VERBALE

Le regioni si impegnano ad utilizzare l'eventuale disponibilità di risorse derivante dall'applicazione dell'art. 6, comma 2 del presente Accordo a favore di programmi di integrazione tra l'attività di continuità assistenziale e quelle di assistenza primaria.

DICHIARAZIONE A VERBALE

La SISAC, alla luce della comunicazione inviata dal Comitato di Settore del Comparto Sanità in merito all'impegno a valutare la possibile attribuzione della quota aggiuntiva dello 0,8% rispetto all'incremento già riconosciuto nell'ambito del presente rinnovo contrattuale, si impegna a riconvocare le parti una volta esperite tutte le procedure di deliberazione del relativo atto di indirizzo.

*Il Coordinatore
dott. Franco Rossi*

ISCRIVITI ALLA FIMMG

La FIMMG è il sindacato che fa i contratti e che ti tutela legalmente.

Richiedi il modulo di iscrizione allo **055-486391** oppure scrivendo al seguente e-mail: **firenze@fimmg.org**

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI FIMMG-FIRENZE

E' convocata l'assemblea degli iscritti alla FIMMG-FIRENZE per

**MARTEDI' 13 APRILE
alle ore 20.30**

presso Ordine dei Medici
Via Vanini n.15 a Firenze

con il seguente Ordine del giorno:

- Nuova Convenzione
- Progetti regionali
- Varie ed eventuali

*Il Presidente
Dr. Eugenio Pattarino*

COMBISARTAN[®] 160mg / 25mg
C09DA03
valsartan + idroclorotiazide

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

VALPRESSION[®] 160mg
C09CA03
valsartan

Menarini, salute senza confini

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

Certificato Nr. 50 100 4785