



SISAC

Struttura interregionale sanitari convenzionati

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I
MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA 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 18.00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 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

firmato

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMP

firmato

CIPE

firmato

Vista la legge 23 dicembre 1978 n. 833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'art. 4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'art. 52, comma 27, legge 27 dicembre 2002 n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006;

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 24 luglio 2003;

Visto l'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004 n. 138;

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004;

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311;

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI
DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 e successive modificazioni
ed integrazioni**

INDICE

ART. 1 – ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP.....	4
ART. 2 – MODIFICHE ALLE NORME VIGENTI SULL'INCOMPATIBILITÀ.	5
ART. 3 – DISPOSIZIONI SUI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONI "PAPERLESS".	6
ART. 4 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.....	7
ART. 5 – INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.....	8
ART. 6 – TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.	9
ART. 7 – GESTIONE DELLE LISTE DEGLI ASSISTITI DAI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.	10
ART. 8 – INDICAZIONI PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE.....	11
ART. 9 – IMPIEGO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE E NELLE UCCP.	12
ART. 10 – AUMENTI CONTRATTUALI.....	13
ART. 11 – MODIFICHE ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I.	15
ART. 12 – ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I.....	16
DICHIARAZIONE A VERBALE	17

ART. 1 – ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP.

1. Nelle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) di cui all'art. 26ter ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, 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. 260bis ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.
4. L'onere complessivo del compenso di cui al comma 2 viene finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali dal presente ACN.

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

1. Fatti salvi i criteri di incompatibilità già sanciti dall'art. 17 ACN 15 dicembre 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 sia iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1 D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.
2. Le clausole negoziali difformi sono abrogate.

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. 58ter dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., nell'ambito dei compiti del pediatra di libera scelta, 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 0-6 anni;
 - 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 affetti da patologie croniche o da particolari problemi di salute per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 10 del presente accordo viene effettuata con criteri definiti a livello regionale. Per tali pazienti i pediatri di libera scelta partecipano a percorsi di presa in carico e gestione integrata ed inviano all'Azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai suddetti pazienti in carico. I dati epidemiologici da trasmettere nel prospetto informativo sono concordati e condivisi a livello regionale.
3. Le informazioni di cui al presente articolo, così come quelle previste all'articolo 58bis dell'ACN 15 dicembre 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. 58ter dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., fatto salvo quanto previsto al comma 4 dell'art. 58bis e dal 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 complessiva a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione dei rinnovi contrattuali;
 - 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 15 dicembre 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 diagnostico-terapeutici-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.

ART. 6 – TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.

1. Gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) sono siglati e resi operativi dagli 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 di quella Regione vengono attribuite come segue:
 - secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente ACN;
 - tali incrementi contrattuali sono riconosciuti ai medici convenzionati previa riduzione del 10%.
 - la Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti entro 30 giorni.

ART. 7 – GESTIONE DELLE LISTE DEGLI ASSISTITI DAI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.

1. Al fine di garantire l'assistenza pediatrica ai bambini con età inferiore a 6 anni, laddove se ne ravvisi la necessità, la Regione può modulare la gestione delle liste degli assistiti dai pediatri di libera scelta con l'obiettivo di attribuire la priorità all'inserimento a questa categoria di assistiti secondo criteri definiti fra le parti.
2. Al medesimo fine, qualora il calcolo del rapporto ottimale non consenta la pubblicazione di una zona carente al fine di garantire il diritto all'assistenza pediatrica ed alla libera scelta del cittadino, le Aziende, sulla base degli indirizzi definiti in seno al Comitato Permanente Regionale, possono procedere a individuare un'ulteriore zona carente nel medesimo ambito territoriale.

ART. 8 – INDICAZIONI PER LO SVILUPPO DELL’ASSISTENZA DOMICILIARE.

1. La visita domiciliare è una prestazione che il pediatra mette in atto quando ritiene necessario, in relazione ad alcune condizioni dell’assistito, avendo il dovere deontologico di valutare secondo la sua competenza e senza alcun condizionamento estraneo all’ambito della sua responsabilità professionale.
2. La visita domiciliare deve corrispondere in generale a criteri di appropriatezza e di efficacia basati sull’evidenza.
3. Nei confronti degli assistiti caratterizzati da condizioni cliniche di particolare gravità, il pediatra di famiglia garantisce l’assistenza domiciliare in coerenza con il Piano terapeutico e con i percorsi assistenziali definiti a livello regionale. Tali condizioni sono rappresentate da:
 - malattie genetiche invalidanti
 - artropatie con grave limitazione funzionale
 - patologie onco-ematologiche
 - immunodeficienza congenita e acquisita
 - soggetti politraumatizzati
 - cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi
 - cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
 - insufficienza respiratoria grave
 - insufficienza renale
 - distrofia muscolare

La Regione in relazione alla propria realtà epidemiologica può decidere di sostituire una o più condizioni cliniche riferite a patologie croniche incluse in questo elenco.
4. Il programma delle visite domiciliari a favore degli assistiti di cui al comma precedente viene inserito nel flusso informativo di cui al comma 2 dell’art. 3.

ART. 9 – 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 che accedono ai servizi di quella UCCP, nonché ai pazienti che devono essere assistiti al proprio 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 (assistenza primaria, guardia medica, pediatria di famiglia, eccetera) e viene coordinata dal referente della stessa UCCP.

ART. 10 – AUMENTI CONTRATTUALI.

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia, fissano un aumento, per medici pediatri di libera scelta, da erogarsi secondo la seguente tabella e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda:

TABELLA A – Arretrati 2008 – 2009

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2008	0,51
arretrati 2009	4,12

TABELLA B – Incrementi 2010

Decorrenza	quota capitaria	ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i./presente accordo
dal 1.1.2010	€ 4,40	Art. 58, lett. A, comma 9
dal 1.1.2010	€ 0,25	assistenza al cronico
dal 1.1.2010	€ 1,54	Accordo Integrativo Regionale

2. Le Regioni, per i relativi accordi decentrati potranno contare su una quota per assistito, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, pari ad euro 1,54 (uno/54).
3. Ai sensi dell'art. 58, lett. A, comma 9 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., per ciascun assistito che non abbia compiuto il sesto anno di età, in ragione del maggior carico di lavoro connesso all'attività nell'ambito dei progetti per la salute dell'infanzia, continuerà ad essere corrisposto, a far data dal 1 gennaio 2010, il compenso aggiuntivo annuo pari a euro 17,93 (diciassette/93).
4. Euro 0,25 (zero/25) per ciascun assistito dai pediatri di libera scelta, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, viene attribuito dalla Regione ai propri pediatri in base al numero di assistiti, affetti dalle condizioni cliniche di cui all'art. 8.
5. Le Regioni assegnano tale disponibilità finanziaria di cui al precedente comma 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 4, vengono

assegnate ai pediatri sulla base del numero di assistiti con età inferiore ai 6 anni presenti nella loro lista.

6. Il mancato rispetto di quanto previsto al precedente art. 3, comma 2 comporta la sospensione dell'assegnazione della quota stessa.
7. Gli arretrati di cui alle tabelle A del comma 1 del presente articolo, sono corrisposti entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.
8. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali di cui al comma 3 del presente articolo sono corrisposti entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.
9. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali, a far data dal 1 gennaio 2010, di cui al comma 2 del presente articolo, sono corrisposti, fatta salva l'eventuale applicazione di quanto previsto al comma 5 del presente articolo, entro tre mesi dalla stipula dell'accordo regionale o entro tre mesi dalla scadenza dei termini dell'art. 6 del presente ACN.
10. 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.

ART. 11 – MODIFICHE ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I.

1. È abrogato il comma 5bis dell'art. 59, dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.; tale abrogazione esplica comunque i propri effetti economici contestualmente all'adeguamento del trattamento economico disposto ai sensi del presente accordo (1 gennaio 2010) ed incide anche sugli arretrati riferiti all'anno 2010.
2. A totale assorbimento delle risorse economiche riferite alla disposizione abrogata al precedente comma 1 e garantendo l'invarianza degli oneri diretti ed indiretti ai fini del presente accordo, le parole "è rideterminato in euro 83,65 per ciascun assistito in carico" di cui all'art. 58, lettera A, comma 1, ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., sono sostituite dalle seguenti: "è rideterminato in euro 83,87 per ciascun assistito in carico".

ART. 12 – ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I.

1. Il presente Accordo rappresenta il rinnovo del biennio economico 2008-2009 e integra con le clausole dei precedenti articoli il quadro normativo dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

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 pediatria di libera scelta.



SISAC

Struttura interregionale sanitari convenzionati

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
(*firmato*)

DICHIARAZIONI A VERBALE DELLE OO.SS. – PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

DICHIARAZIONE A VERBALE CIPE

La C.I.Pe. – Confederazione Italiana Pediatri

- **PUR RITENENDO**

giuridicamente valido e vincolante l'accordo sottoscritto dalle parti il 02.03.2010 ed il relativo ACN allegato;

- **REPUTANDO**

dannoso per la categoria la mancanza di una copertura assicurativa certa per i primi 30 giorni di malattia;

- **PUR AVENDO FATTO RILEVARE:**

1. L'assenza di una dichiarazione congiunta relativa al pagamento dell'IRAP, nella quale si specifichi il ruolo del collaboratore di studio, utile per escludere l'autonoma organizzazione ed evitare così l'iniquo pagamento dell'IRAP stessa, dichiarazione prevista nel contratto dei Medici di Medicina Generale;
2. L'obbligo di trasmettere dati sensibili pediatrici senza una norma esplicita di tutela della riservatezza dei dati, a salvaguardia del pediatra e dell'assistito;
3. La carenza cronica di risorse destinate alla reale incentivazione della Pediatria di famiglia;
4. Il miserevole incremento stipendiale del 2%, a fronte del contestuale aumento degli obblighi burocratici che andranno a scapito della qualità dell'assistenza;
5. La mancanza di una data certa di scadenza del Contratto, e ciò, oltre a disincentivare l'apertura di tavoli contrattuali, potrebbe comportare, in una indefinita tornata di trattative, l'impossibilità di maturare arretrati futuri;

SI VEDE PERTANTO COSTRETTA

Ancora una volta, ad una firma puramente tecnica dell'odierno contratto, dopo un'attenta analisi ed una valutazione piuttosto negativa del suo insieme da parte dei propri organismi sindacali;

RISERVANDOSI

in ogni caso le necessarie verifiche giurisdizionali sulla legittimità dell'atto, o parte di esso, eventualmente lesive degli interessi della categoria, come ampiamente rappresentato più volte in sede trattante.