



Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

**RELAZIONE TECNICO - ILLUSTRATIVA DELL'IPOTESI DI  
ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI  
RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA\***

**ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI  
PRIORITARI ED URGENTI**

**DEL**

**TRIENNIO NORMATIVO ED ECONOMICO 2016-2018**

\*RELAZIONE REDATTA AI SENSI DEI COMMI 3, 4 E 5 DELL'ART. 47 E COMMA 3 DELL'ART. 48 D.LGS. 30 MARZO 2001, N. 165 E SMI.

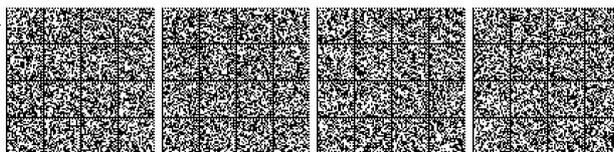


**INDICE**

**RELAZIONE ILLUSTRATIVA E DI COMPATIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA**

**PARTE I – OBIETTIVI GENERALI**

**PARTE II – ACN PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**



## PARTE I – OBIETTIVI GENERALI

### RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEL TESTO CONTRATTUALE

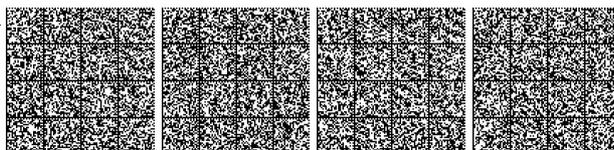
#### I. PREMESSA.

Con l'entrata in vigore della Legge 8 novembre 2012, n. 189, norma di conversione del D.L 13 settembre 2012, n. 158 (Decreto Balduzzi), è stato riformato l'impianto normativo di riferimento del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN. In particolare sono state apportate modifiche, integrazioni ed abrogazioni sul testo vigente dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante disposizioni per il "riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Le disposizioni introdotte modificano l'assetto dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali e dei relativi accordi decentrati (regionali ed aziendali).

La riforma all'art. 1, comma 6, prevedeva che entro 180 (centottanta) giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, si provvedesse, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere: b-bis), b-ter), b-quater), b-quinques), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) dell'art. 8, comma 1, come modificato dalla stessa Legge 189/2012, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate.

Disponeva inoltre che entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, fossero stipulati i relativi accordi regionali attuativi. Il termine previsto non è stato rispettato ma il 12 febbraio 2014 il Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità esitava l'atto di indirizzo originario che in pari data veniva inoltrato al Governo per acquisire il previsto parere ex art. 47, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.



Decorso il termine previsto (20 giorni) ed in considerazione dell'intervenuto silenzio-assenso del Governo, il Comitato trasmetteva alla SISAC in data 18 marzo 2014 l'atto di indirizzo "al fine di dare avvio alle trattative con le OO.SS."

In data 26 marzo 2014, in ottemperanza alle disposizioni di funzionamento della Struttura (L. 289/2002, Accordo Stato-Regioni 5 dicembre 2013) la SISAC convocava il Comitato dei Rappresentanti delle Regioni e delle Province Autonome (organismo composto dai rappresentanti di tutte le Regioni e Province e dei Ministeri della Salute, del Lavoro e dell'Economia) che all'unanimità ratificava la piattaforma negoziale redatta sulla scorta dell'Atto di indirizzo ricevuto.

Esperate le procedure formali le controparti sindacali di tutti e tre i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN (medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie - psicologi, biologi e chimici) venivano convocate congiuntamente in data 11 aprile 2014 per l'apertura delle trattative e per affrontare le questioni di carattere generale e metodologico cui attenersi nella contrattazione.

Seguivano incontri alternati ad interruzioni durante le quali le OO.SS., in particolare della medicina generale e della pediatria di libera scelta, chiedevano interlocuzioni con il Comitato di Settore del comparto Regioni Sanità allo scopo di dirimere preventivamente alcune loro preoccupazioni. Il Comitato si riuniva in più occasioni e nel frattempo alcune sigle sindacali proclamavano uno sciopero nazionale per il 19 maggio 2015. Le trattative dei due settori interessati (medicina generale e pediatria di libera scelta) si interrompevano.

Esplorata la volontà delle sigle rappresentative del settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (Psicologi, biologi e chimici), ed acquisito il loro riscontro positivo, in data 14 maggio 2015 veniva convocato il tavolo negoziale del citato settore per intraprendere le trattative specifiche connesse al mandato ricevuto. L'ACN in questione per la sola parte normativa è stato sottoscritto dalle parti negoziali il 30 luglio 2015 e reso esecutivo, a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015 (cfr. Rep. Atti. 227/CSR del 17 dicembre 2015).

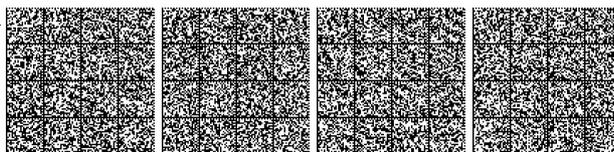


Per gli altri settori, segnatamente medicina generale e pediatria di libera scelta, le trattative restano interrotte anche per la parte normativa fino ad un nuovo intervento del Comitato di settore di comparto che, allo scopo di ridurre le distanze tra le parti negoziali demanda ai tecnici di verificare la possibilità di superare le criticità sulle quali si è arenata la trattativa elaborando un documento di interpretazione dell'atto di indirizzo.

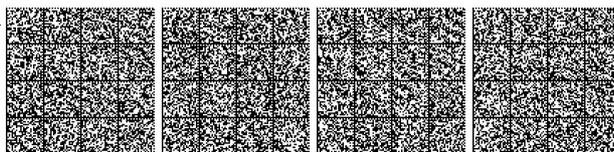
Dopo una serie di vicissitudini molto travagliate il neoricostituito Comitato di Settore delibera, in data 13 aprile 2016 un "documento integrativo" che, in applicazione del sopravvenuto Patto della Salute 2014-2016, tiene fermo l'atto di indirizzo originario chiarendone alcuni contenuti precettivi. Il documento diviene esecutivo in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del Governo).

La SISAC, aderendo ad una richiesta propedeutica delle OO.SS. elabora e consegna una prima bozza integrale di AA.CC.NN. di settore che viene trasmessa alle controparti in data 1 giugno 2016. Seguono vari incontri tra le delegazioni al tavolo che consentono alla Struttura di emendare la bozza con quanto nel frattempo concordato. La proposta negoziale emendata con le osservazioni accolte viene ritrasmessa in data 5 dicembre 2016. Tutte le ipotesi fino a quel punto sono elaborate, in adesione alle disposizioni di legge vigenti, per la sola parte normativa e senza determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

In tale contesto le OO.SS. interrompono nuovamente le trattative chiedendo nuove direttive che includano anche la parte economica che, nel frattempo, viene definita nelle leggi di stabilità approvate dal Parlamento. In data 27 luglio 2017 il Comitato di Settore delibera una nuova "nota di aggiornamento dell'Atto di Indirizzo" con la quale, alla luce sia dei contenuti delle leggi di stabilità che delle indicazioni contenute in diversi atti normativi e documenti di programmazione (Patto Salute 2014-2016, DM 70/2015, Piano Nazionale Cronicità, PNPV, Accordo Stato-Regioni 24 novembre 2016 su numero europeo armonizzato a valenza sociale 116-117, nuovi Lea - DPCM 12 gennaio 2017, Legge 24/2017), fornisce alla SISAC ulteriori indicazioni per le trattative con le OOSS dei medici convenzionati. Anche questa nota diviene esecutiva in forza dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs, 30 marzo 2001, n. 165 (silenzio assenso del



Governo). Le trattative ripartono sempre e solo per la parte normativa in entrambi i settori della medicina generale e della pediatria di libera scelta ma il nodo della mancanza di certezze sulla presenza della componente di revisione economica rallenta e poi frena definitivamente il negoziato. Il Comitato di Settore, a seguito di chiarimenti intercorsi con il Governo, giunge alla conclusione di emanare un “documento integrativo di aggiornamento dell’atto di indirizzo per la medicina convenzionata”, esitato il 19 febbraio 2018, con il quale “integra il contenuto degli atti già deliberati in data 12 febbraio 2014, 13 aprile 2016, 8 marzo 2017 e 27 luglio 2017 e trasmessi alla SISAC al fine di procedere alle trattative di rinnovo degli AACCNN di settore”, chiarisce il contenuto delle risorse disponibili per il triennio in questione e affida all’agente negoziante il compito di affrontare nell’immediato alcune esigenze organizzativo-normative che impongono un tempestivo adeguamento degli AACCNN in questione fermo restando l’assunzione dell’impegno di tutte le parti negoziali a concludere l’intera contrattazione del triennio 2016-2018 (normativo ed economico). A fronte della condivisione e definizione di tali “obiettivi prioritari” sono rese disponibili le “risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale...”.



## II. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO E INDIRIZZI ALLA CONTRATTAZIONE.

Negli ultimi anni, cioè grosso modo dalla sigla degli ultimi ACN, la situazione economica del Paese è notevolmente peggiorata e con essa è diventata molto più critica la stabilità finanziaria del SSN. Ciò ha generato tra l'altro due fenomeni principali che rilevano in questa sede. Il primo può essere descritto come la produzione di un "corpus" normativo volto a fronteggiare la crisi economica adeguando l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica ai vincoli imposti dalla gestione del bilancio statale nel rispetto delle regole comunitarie. Possono essere inserite in quest'ambito: il decreto legislativo 150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", la legge 111/2011 "disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", la legge 135/2012, "disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", la legge 189/2012 "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e da ultimo il DPR 122/2013 "Regolamento in materia di proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per i pubblici dipendenti".

Il secondo fenomeno attiene sia alle ricadute delle norme citate sul contesto sanitario, sia al tentativo di mettere a punto programmi e strumenti atti a contenere la spesa sanitaria e a migliorare l'efficienza del sistema cercando di evitare, come usa dire, di gettare il bambino con l'acqua sporca, cioè di peggiorare la qualità dell'assistenza. Per semplicità ci si riferisce al blocco dei contratti di lavoro, ai Piani regionali di rientro, ai vari tentativi di "spending review", agli interventi sulla dotazione complessiva dei posti-letto, ai tetti sulla spesa farmaceutica, all'introduzione dei costi standard e - più rilevante ai presenti fini - alla necessità di riforma delle cure primarie. Tutti questi interventi miravano in sostanza a razionalizzare la struttura dell'offerta di servizi agendo sia sul costo unitario dei fattori, sia sulla composizione della struttura produttiva al fine di razionalizzare la spesa ospedaliera, con l'ammodernamento della rete dei presidi, e sviluppare l'assistenza territoriale.



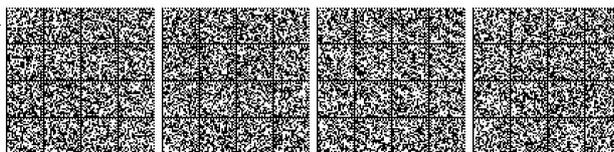
L'efficacia di tali manovre è in larga misura "sub iudice". Sono state richiamate solo perché è da tale contesto che scaturisce l'originario atto di indirizzo che dà il via al rinnovo degli ACN solo per la parte normativa. In estrema sintesi si può dire che l'atto di indirizzo, in coerenza con la sua genesi, mira al potenziamento della rete dei servizi di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale, introducendo maggiore chiarezza tra i livelli di autonomia, responsabilità e competenze spettanti ai vari attori del sistema e nel rispetto dei vincoli finanziari posti nei confronti sia del bilancio pubblico, sia del compenso dei singoli professionisti.

Tale impostazione, unitamente all'esigenza di conferire più trasparenza al governo del settore, ha naturalmente generato la necessità di procedere alla revisione completa dei testi degli ACN in questione.

In una seconda fase però, fase che prende le mosse certamente dallo "spartiacque" della sentenza della Corte Costituzionale n. 178 del 24 giugno 2015, il Governo ed il Legislatore sono chiamati ad intervenire anche sulla integrazione economica delle discipline contrattuali. Ne scaturiscono pertanto una serie di nuovi provvedimenti che, pur tenendo fermi gli assunti connessi alla revisione normativa, avviano un percorso di finanziamento delle risorse destinate alla contrattazione. Si richiamano all'uopo la legge 208/2015, (legge di stabilità 2016), la legge 232/2016 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), legge 205/2017 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) ed i rispettivi decreti attuativi.

#### **AUTONOMIA, RESPONSABILITÀ E COMPETENZE TRA I VARI ATTORI DEL SISTEMA.**

Al fine di chiarire ulteriormente il contesto istituzionale entro cui si devono collocare i nuovi Accordi nazionali e in coerenza col primo comma, dell'art. 1, della legge 189/12, l'Atto di indirizzo richiama alcuni principi che più propriamente si potrebbero definire "pre" o "meta" contrattuali, in quanto attinenti le materie proprie del tavolo negoziale ma poste, dalla legge citata



prima ancora che dall'Atto, su un piano normativo distinto e separato da quello della contrattazione.

In particolare si fa riferimento agli aspetti riconducibili alla sintetica notazione presente nella premessa dell'Atto stesso là dove si afferma che "mentre alla convenzione nazionale è affidata l'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN, la revisione ed implementazione del modello organizzativo dovrà essere lasciata esclusivamente all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali. Alle convenzioni nazionali è ovviamente affidato l'importante compito di fornire indicazioni di carattere generale rispetto ai modelli organizzativi per garantire una certa omogeneità di servizio a livello nazionale".

Si tratta in particolare degli aspetti di seguito richiamati:

- a) adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo definito dalla Regione;
- b) superamento di tutte le forme organizzative esistenti e loro sostituzione con le AFT e UCCP;
- c) adesione al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione;
- d) avvio della contrattazione per l'AIR, una volta definita la programmazione del nuovo assetto organizzativo, e suo perfezionamento entro 12 mesi, pena la sospensione unilaterale della parte economica dell'AIR;
- e) accessibilità alle cure e continuità dell'assistenza con integrazione, nell'ambito del modello organizzativo adottato da ciascuna Regione, dei medici a ciclo di scelta e dei medici ad attività oraria; integrazione con i servizi dell'emergenza urgenza ed attivazione del numero unico 116-117.
- f) istituzione del ruolo unico delle Cure Primarie;
- g) revisione del rapporto ottimale in base alle determinazioni regionali.

Oltre tali aspetti prioritari si possono richiamare anche:

- a) la verifica della coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative del D.lgs. 150/09 e smi e all'adozione di eventuali adeguamenti;



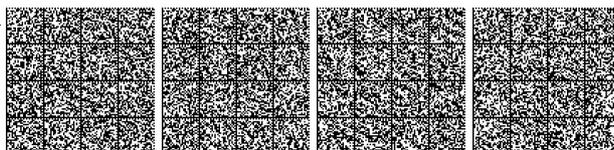
- b) la revisione della normativa della rappresentatività e dei diritti sindacali, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale, includendo il meccanismo di quantificazione e attribuzione delle ore disponibili per l'attività sindacale, nonché le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacale;
- c) la revisione e l'aggiornamento del testo di tutti gli ACN.

Va ricordato infine che tutte le innovazioni indicate in precedenza così come quelle che seguono, nonché quelle che saranno introdotte nei testi dei nuovi ACN, devono trovare l'eventuale fonte di finanziamento all'interno delle disponibilità finanziarie definite a livello nazionale tanto per il pubblico impiego contrattualizzato quanto per il settore in regime di convenzionamento con il SSN (cfr in particolare *infra* § III – Disponibilità finanziarie).

#### **ACCORDO FINALIZZATO AGLI OBIETTIVI PRIORITARI ED URGENTI.**

Si è già avuto modo di rappresentare che nella fase attuale, fermo restando gli indirizzi contenuti negli atti esitati dal Comitato di Settore per il comparto Regioni-Sanità, la contrattazione affidata alla SISAC con le più recenti linee di indirizzo del 19 febbraio 2018 ha esitato la sottoscrizione dell'ACN in esame che attiene i seguenti punti specifici:

- 1) realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);
- 2) necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;
- 3) l'istituzione di uno specifico settore inerente l'assistenza negli istituti penitenziari, la cui competenza è stata trasferita in carico al SSN con Legge 24 dicembre 2007, n. 244 e D.P.C.M. 1 aprile 2008;
- 4) regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali;



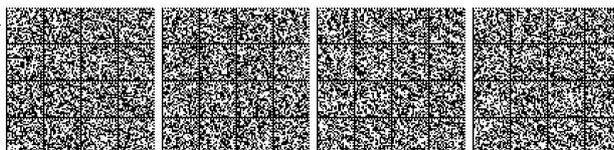
- 5) per il settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità (biologi, psicologi e chimici) occorre procedere alla revisione ed aggiornamento degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi;

Con tale prima intesa inerente le questioni elencate il Comitato di Settore ritiene possibile definire le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

Tale Accordo non determinerà dunque l'erogazione delle risorse decorrenti dall'anno 2018 (né quelle riferibili all'indennità di vacanza contrattuale corrisposta ai dipendenti, né quelle connesse alle aliquote degli incrementi disposti dalle leggi finanziarie già dettagliatamente citate). Per disporre anche di quelle ulteriori risorse la contrattazione dovrà ripartire a stretto giro e concludersi con la sottoscrizione di AACCN che includano tutte le questioni delineate dagli atti di indirizzo pervenuti.

Le parti nell'Accordo in esame hanno condiviso la scelta di stralciare la definizione del nuovo settore della assistenza negli istituti penitenziari per rinviarne la questione all'atto della conclusione del triennio. Ciò in quanto le OO.SS. hanno chiesto approfondimenti tecnici riguardanti la soluzione della questione inerente l'assegnazione delle borse di studio che debbono garantire il ricambio anche nel settore in parola.

Per quanto attiene la Specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie, che ha già sottoscritto l'accordo di parte normativa (in vigore già dal 17 dicembre 2015) è inclusa in questa fase intermedia di allineamento negoziale anche la revisione degli elenchi delle specializzazioni utili ai fini dell'accesso agli incarichi al fine di adeguarli alla normativa vigente (tale indicazione era già stata specificamente disposta con atto di indirizzo dell'8 marzo 2017).



### III. PRINCIPALI ASPETTI NORMATIVI ED ECONOMICI GENERALI.

#### PREMESSA

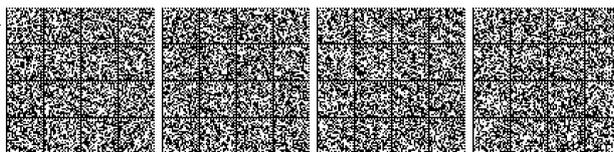
L'ACN in analisi si inserisce in un quadro normativo e contrattuale sul quale hanno già inciso profondamente tanto il Legislatore (riforma cure primarie, tessera sanitaria, ricetta elettronica, certificazione malattia) quanto le precedenti intese fra le parti, rese esecutive: con atto della Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 29 luglio 2009 e con atto Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 8 luglio 2010 (istituzione UCCP e AFT, flusso informativo, revisione compiti dei medici ecc.).

In tale contesto e confermando il percorso irreversibilmente intrapreso, l'ipotesi di accordo in esame determina un primo passo nell'ottica di attuare la riforma con la quale il Legislatore ha inteso riorganizzare l'intero comparto delle cure primarie.

Le disposizioni di legge che forniscono il perimetro entro cui si è dovuta muovere la contrattazione e che sono state citate nel precedente paragrafo di questa relazione, qualificano il contesto finanziario in cui opererà il nuovo ACN di settore.

In particolare gli atti di indirizzo e gli AACNN in esame sono supportati dalle seguenti previsioni normative finanziarie:

- 1) L. 28-12-2015 n. 208, (legge di stabilità 2016), art. 1, commi 466, 467, 469, 470: tale norma dispone la quantificazione degli oneri per i rinnovi del personale dipendente dalle amministrazioni statali (300 milioni) e rinvia ai bilanci delle amministrazioni non statali in coerenza con quanto stabilito per quelli statali; il comma 470 precisa che *“Le disposizioni recate dal comma 469 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale”*
- 2) Con il DPCM 18 aprile 2016 si puntualizzano le modalità di determinazione per i dipendenti delle amministrazioni non statali è pari allo 0,4% del monte salari precisando che tali incrementi *“si aggiungono, a decorrere dall'anno 2016, a quelli già determinati per il pagamento della predetta indennità di vacanza contrattuale”*.



- 3) L. 11-12-2016 n. 232 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), art. 1, commi 364, 365, 367, 392, 412: con tali norme si dispone lo stanziamento di ulteriori risorse rispetto alle precedenti precisando che *“ai fini della copertura degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale, come determinati a seguito dell'aggiornamento dei criteri di cui al comma 367, è vincolata, a decorrere dalla data di adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 365, una quota del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi del comma 392”*.
- 4) Con il DPCM 27 febbraio 2017 viene abrogato il precedente DPCM 18 aprile 2016 (di cui al precedente punto 2) rideterminando le aliquote di incremento per il 2016, 2017 e il 2018 rispettivamente nello 0,36%, 1,09%, 1,45% del monte salari del 2015. Anche in questo caso si precisa che *“gli importi quantificati per gli anni 2016, 2017 e a decorrere dal 2018 in applicazione di quanto previsto dal comma 2 si aggiungono a quelli già determinati per il pagamento dell'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010”*.
- 5) Da ultimo con la L. 27-12-2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) vengono sostanzialmente rideterminate le aliquote di incremento relative all'anno 2018 aggiungendo a quanto già fissato dalla previgente normativa citata (1,45%), un tasso ulteriore di incremento pari al 2,03% sulla base di calcolo come in precedenza già definita (in totale portando al 3,48% l'incremento stabilito).

Il modello finanziario adottato in questa tornata dal Legislatore, per la prima volta, determina un meccanismo di parametrizzazione delle risorse sancendo esclusivamente le coperture aggiuntive rispetto all'indennità di vacanza contrattuale (pari allo 0,75% della massa salariale del 2009) che però, di per se, non troverebbe applicazione diretta per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.

Pertanto, se gli incrementi “aggiuntivi” trovano già una specificazione diretta nel comma 412 della L. 11-12-2016 n. 232, per l'ulteriore 0,75%, già erogato ai dipendenti pubblici a partire dal 2010 in qualità di indennità di vacan-

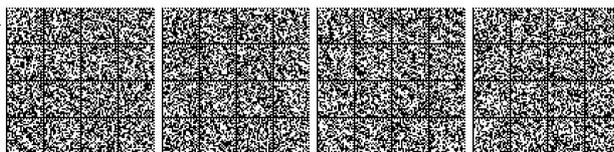


za contrattuale, la specifica copertura finanziaria è da individuarsi negli accantonamenti annuali disposti dalle Aziende ai sensi di legge (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248) operati anche per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN (come da riscontro del MEF in sede di verifica degli adempimenti annuali).

#### **ASPETTI METODOLOGICI ED ANALISI FINANZIARIA GENERALE.**

La presente parte della relazione è disposta, secondo quanto previsto dagli artt. 47, comma 4 e 48, comma 3 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come recepito dalla Legge 27 dicembre 2002, n. 289, allo scopo di rendere una efficace e chiara attestazione degli oneri diretti e indiretti derivanti dal rinnovo contrattuale. Per meglio inquadrare il contesto si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative e di quantificazione del settore. In particolare, in ossequio alle determinazioni contenute nelle leggi finanziarie ed in osservanza alla necessità già richiamata dalla Corte dei Conti nelle delibere di certificazione delle precedenti tornate contrattuali, di allineare la stima dei costi con il valore di uscita dalla precedente contrattazione al fine di garantire un effettivo controllo dell'attendibilità delle previsioni di spesa, tutte le quantificazioni fisiche e di spesa della presente relazione avranno come origine la quantificazione dei costi del precedente biennio economico 2007-2008. Da tale quantificazione scaturiscono gli adeguamenti delle consistenze fisiche (scelte in carico ed ore retribuite) per gli anni di riferimento che determinano le basi della massa salariale di stima degli incrementi (2009 e 2015).

Si specifica che, come le disposizioni di legge dispongono, sulla base di calcolo dell'anno 2009 sono applicate le percentuali relative al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (0,5077% nel 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011) mentre la base sulla quale verranno applicati gli ulteriori incrementi disposti con le recenti leggi finanziarie (0,36% anno 2016, 1,09% anno 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) è quella riferita all'anno 2015 *“al netto della spesa per l'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010, maggiorato degli oneri contributivi ai fini previdenziali e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP)”* (cfr. art. 2, comma 1, DPCM 27 febbraio 2017).



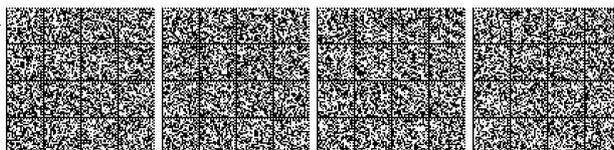
Di seguito quindi, prioritariamente, si ritiene opportuno esporre la dotazione di personale convenzionato alla data del 1 gennaio 2016 da cui scaturiscono tutte le considerazioni che verranno svolte nella presente relazione.

**TABELLA n. 1 (tabella n. medici al 1 gennaio 2016)**

MEDICINA CONVENZIONATA	medici al 01/01/2016
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	<b>66.633</b>
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	44.436
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	17.464
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.810
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	2.923
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	<b>7.719</b>
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	<b>18.330</b>
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	16.895
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.435
<b>TOTALE CONVENZIONE</b>	<b>92.682</b>

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Il contingente di personale convenzionato con il SSN nell'anno 2007 contabilizzava una assistenza sanitaria in termini di assistiti (per i comparti a quota capitaria) e di ore (per i comparti a quota oraria), come determinato dalle stime all'epoca disponibili e ritenute coerenti dal rapporto di certificazione deliberato dalla Corte dei Conti, come di seguito illustrato.



**TABELLA n. 2 (tabella assistiti/ore anno 2007)**

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)
<b>MEDICINA GENERALE</b>	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.479.681
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.707.145
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.031.086
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	6.412.702
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	6.054.156
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	12.030.856
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	685.579

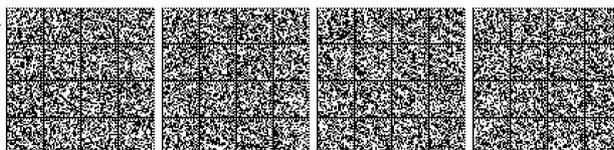
Fonte: relazione tecnica SISAC - biennio 2008-2009

Nel limite delle risorse disponibili previste per il rinnovo del biennio 2008-2009, la quantificazione del costo finale (inclusivo dell'aumento contrattuale del 3,2%) fu all'epoca stimato come da seguente tabella

**TABELLA n. 3 (costo biennio 2008-2009 incluso 3,2%)**

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO biennio economico 2008-2009 inclusivo del 3,2% (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	€ 4.789.824.266
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.042.172.151
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 547.325.214
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 30.828.246
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 169.498.655
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	€ 882.740.935
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	€ 606.846.802
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 583.071.084
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 23.775.718
<b>TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)</b>	€ 6.279.412.002

Fonte: relazione tecnica SISAC - biennio 2008-2009



In coincidenza di quel rinnovo contrattuale e sulla base delle sollecitazioni e degli stimoli pervenuti dalla stessa Corte dei Conti nelle delibere di certificazione, la SISAC ha avviato un percorso di istituzione di un flusso informativo annuale proveniente dalle singole Aziende Sanitarie e da tutti gli altri Enti del SSN allo scopo di stabilizzare la metodologia di calcolo del costo del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN.

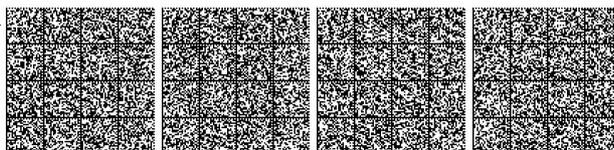
A far data dalla rilevazione condotta al 1 gennaio 2009 si è costituito infatti un flusso specifico inerente il dato del numero delle ore retribuite nel corso dell'anno precedente (totale complessivo delle ore retribuite ai medici e professionisti remunerati a quota oraria nel corso di tutto l'anno solare precedente) (dato di flusso). Infine, con decorrenza dalla rilevazione 1 gennaio 2014 è stato integrato nel flusso dati proveniente annualmente dalle singole regioni anche il numero di assistiti dei settori remunerati a quota capitaria (assistenza primaria e pediatria di libera scelta) il numero degli assistiti in carico (dato di stock al primo gennaio di ogni anno).

Oggi si dispone dunque di una serie storica attestata dalle singole Aziende ed Enti del SSN che consente di effettuare stime dei costi sulla scorta di una metodologia stabile e consolidata.

#### **STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2007.**

Il costo complessivo come "valore di uscita" della precedente contrattazione di settore (*supra* tab. 3), viene quindi rivalutato in forza delle consistenze fisiche effettive all'anno 2009 in base al flusso dati rilevato dalla SISAC, per le ore retribuite nell'anno ed ai dati dell'Annuario Statistico anno 2010 (dati 1 gennaio 2010) edito dal Ministero della Salute per il numero degli assistiti (scelte) dei medici e dei pediatri in quota capitaria dello stesso periodo.

Nell'eseguire tale operazione diviene evidente un fenomeno particolare sul quale si richiama nuovamente l'attenzione. Come già rappresentato nella relazione tecnica riferita al precedente accordo di sola parte normativa per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali (reso esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015) si evidenzia la notevole espansione delle ore del settore. Il fenomeno non è certamente nuovo ed è sicuramente stato



acuito dal blocco del turn-over nell'area della dipendenza medica e veterinaria. Il nesso eziologico si riscontra in tutta la sua evidenza per la coincidenza dei tempi dei fenomeni rilevati (blocco del turn-over e crescita delle ore di specialistica ambulatoriale convenzionata); le Aziende, nella necessità di garantire le prestazioni assistenziali specialistiche e professionali sanitarie in fase di contrazione degli organici dei dipendenti e data l'impossibilità di integrarne i ruoli, hanno ampliato considerevolmente il ricorso alle prestazioni degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti afferenti l'area contrattuale in questione.

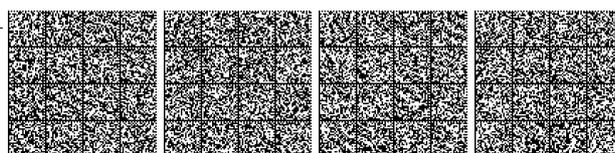
**TABELLA n. 4 (scelte e ore remunerate anno 2009)**

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore (*) al 01/01/2010
<b>MEDICINA GENERALE</b>	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.622.066
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.166.786
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.711.712
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.865.743
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	6.668.352
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	15.972.803
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.127.194

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2010

(\*) Annuario statistico 2010 - ministero salute per le scelte dell'assistenza primaria e della pediatria di libera scelta

In forza di tale componente numerica il costo della convenzione all'anno 2009 da utilizzare quale base di applicazione dell'aliquota relativa al riconoscimento delle risorse pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN (lo 0,5077% per il 2010 e lo 0,75% - di cui, in forza dell'ACN in esame, sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017) è così rideterminato:



**TABELLA n. 5 (costo base anno 2009 – 01/01/2010)**

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 01/01/2010 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	<b>€ 4.792.401.528</b>
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	<b>€ 972.295.276</b>
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	<b>€ 813.206.942</b>
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822
<b>TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)</b>	<b>€ 6.577.903.745</b>

**STIMA DELLA BASE RETRIBUTIVA DELL'ANNO 2015.**

Analogo procedimento è stato utilizzato per rideterminare la nuova base di riferimento per gli incrementi riferiti al triennio 2016-2017-2018 (dei quali, in forza dell'ACN in esame sono riconosciuti esclusivamente gli arretrati per gli anni 2016-2017).

In questo caso la stima è effettuata in forza del flusso dati annuale completo che la SISAC intrattiene con le singole Aziende e con gli altri Enti del SSN e che include la serie storica sia delle ore remunerate che delle scelte in carico a medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta.

Con tale fase dunque si chiude l'implementazione del modello consolidato di stima del costo che trova riscontro anche nel corrispettivo flusso contenuto nel modello CE (Conto Economico delle Aziende).

Anche nel periodo 2010-2015 permane e si conferma il fenomeno di espansione delle ore, in particolare della specialistica ambulatoriale.



**TABELLA n. 6 (scelte e ore remunerate anno 2015)**

MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore al 01/01/2016
<b>MEDICINA GENERALE</b>	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	52.506.661
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20.954.854
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.831.655
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	5.973.220
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	6.762.835
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	19.390.309
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	1.703.933

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2016

Si segnala però che in coincidenza della sottoscrizione dell'ACN 17 dicembre 2015 tale processo di crescita delle ore pare cominciare un rallentamento in particolare pare essersi arrestato il fenomeno della crescita del numero degli specialisti così che, la crescita delle ore deve essersi necessariamente ripartita sugli incrementi orari dei medici già operanti con carico orario inferiore alle 38 ore. La spiegazione può essere inquadrata nelle finalità che si era preposto di conseguire l'ACN sottoscritto nel 2015 e che, si ribadisce, riguardava solo la parte normativa. Di seguito si riproduce quanto riferito dalla SISAC nella relazione tecnica di quell'Accordo: *“il contesto normativo generale in cui ha operato il rinnovo contrattuale espone un adeguamento della disciplina del settore in esame, riconducendolo ai meccanismi ordinari e tipici del reclutamento di personale. Sino ad oggi il settore della specialistica ambulatoriale era rimasto ancorato alla fase di chiusura dell'area che fu introdotta nel lontano 1997. Con la riforma apportata dalla L. 189/2012 l'area della specialistica ambulatoriale ha trovato il suo pieno riconoscimento, al pari delle altre aree convenzionate, nell'ambito delle cure primarie. Di conseguenza, il rinnovo contrattuale in esame ha ripristinato le ordinarie procedure di assegnazione di incarichi, limitando, analogamente agli altri settori del pubblico impiego, l'abusato ed improprio ricorso agli incarichi a tempo determinato allo scopo di far fronte ad esigenze ordinarie di assistenza specialistica da parte degli Enti del SSN. Si è inoltre superata la abusata e poco*



chiara procedura di trasformazione degli incarichi a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato che era prevista dell'art. 23, comma 13 dell'ACN 23 marzo 2005 e smi. Si è sostanzialmente voluto proceduralizzare e rendere sistematica la scelta dell'Azienda nell'assegnazione di incarichi.

La procedura di seguito analizzata, quindi, circoscrive la assegnazione a tempo determinato solo ad esigenze straordinarie o specifici progetti, lasciando in capo alle amministrazioni la possibilità di valutare, in base alla programmazione, se conferire l'incarico a tempo indeterminato o determinato".

Pare dunque, che la revisione sistematica dei criteri di accesso agli incarichi di quel settore abbia innescato un processo virtuoso e ci si può attendere, al raggiungimento del massimale orario di medici già in servizio una riduzione sostanziale anche delle ore in forza degli ulteriori meccanismi introdotti (limitazione degli incarichi a tempo determinato e preferenza al completamento orario); con questi meccanismi si mirava anche a spingere verso una disponibilità completa del medico nei confronti del SSN ottenendo anche un miglioramento della qualità del servizio e delle cure.

La base retributiva dell'anno 2015 è dunque rielaborata in forza delle consistenze numeriche evidenziate nella precedente tabella n. 6 secondo la seguente tabella:

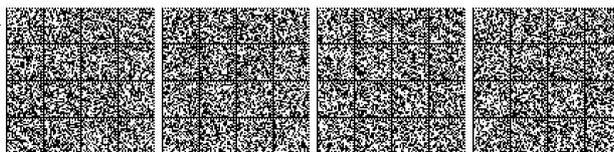
**TABELLA n. 7 (costo base anno 2015 - 01/01/2016)**

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2015 01/01/2016 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	<b>€ 4.810.769.561</b>
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.044.250.247
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 553.872.586
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 54.764.321
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 157.882.408
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	<b>€ 986.071.599</b>
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	<b>€ 998.836.306</b>
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 939.744.312
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 59.091.994
<b>TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)</b>	<b>€ 6.795.677.467</b>



**RIEPILOGO STIMA BASI DI CALCOLO DELLA CRESCITA RETRIBUTIVA**

E' possibile a tal punto riepilogare i riferimenti di crescita delle basi di calcolo della crescita retributiva sancita dal Legislatore per il triennio 2016-2018 e, come da prassi nelle relazioni tecniche della SISAC per i settori in rapporto di convenzionamento con il SSN, raffrontare anche la stima effettuata secondo la metodologia adottata, con i dati derivanti dal flusso dei Conti Economici delle Aziende Sanitarie che, come già segnalato nelle precedenti relazioni tecniche, non può essere utilizzato direttamente in quanto non è utile ai fini della stima della massa retributiva da utilizzare come base di calcolo in quanto: per tutti i settori rilevati (assistenza primaria, continuità assistenziale, pediatria e specialistica) include i costi derivanti dagli AIR (Accordi Integrativi Regionali) e dagli AAA (Accordi Attuativi Aziendali), che invece vanno esclusi dalla base di calcolo in quanto esulano dalla Contrattazione nazionale e vengono finanziati con risorse proprie delle singole regioni/aziende; per gli altri settori, non rilevati il flusso è indistinto fra figure afferenti ad aree negoziali differenti (psicologi con emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi non specificata in alcuna codifica). Per questo motivo, il flusso CE (che peraltro non include la stima dell'onere per assicurazione di malattia e IRAP) viene riportato nella seguente tabella a titolo di mero raffronto che consente comunque di confermare la coerenza della metodologia adottata.



**TABELLA n. 8 (confronto basi retributive anni 2009 - 2015 - CE 2015)**

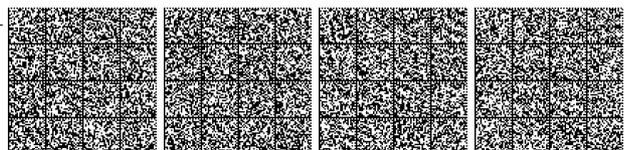
			<i>include spesa regionale</i>
MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO CE 2015 (non include malattia e IRAP)
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	<b>€ 4.792.401.528</b>	<b>€ 4.810.769.561</b>	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053.139.152	€ 4.044.250.247	€ 4.539.371.000
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533.042.602	€ 553.872.586	€ 703.418.000
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51.178.167	€ 54.764.321	
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155.041.607	€ 157.882.408	
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	<b>€ 972.295.276</b>	<b>€ 986.071.599</b>	<b>€ 1.078.742.000</b>
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	<b>€ 813.206.942</b>	<b>€ 998.836.306</b>	<b>€ 1.077.339.000</b>
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA	€ 774.116.120	€ 939.744.312	
ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI)	€ 39.090.822	€ 59.091.994	
<b>TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)</b>	<b>€ 6.577.903.745</b>	<b>€ 6.795.677.467</b>	
			<i>include spesa regionale</i>

**DISPONIBILITÀ FINANZIARIE**

Le risorse previste per garantire una crescita delle remunerazioni del personale sanitario convenzionato provengono in questo rinnovo contrattuale esclusivamente dai bilanci delle Aziende sanitarie tenute per legge ad accantonare una disponibilità corrispondente al tasso di inflazione programmata (art. 9, comma 1 del D.L. 30 settembre 2005, n. 203 convertito nella L. 2 dicembre 2005, n. 248).

Nel dettaglio, come già riferito nella presente relazione con l'Accordo per il triennio 2016-2018 vengono definite:

- a) le risorse pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti (0,5077% per l'anno 2010 e 0,75% a decorrere dal 2011)
- b) gli ulteriori incrementi contrattuali disposti dalle leggi finanziarie già citate (0,36% per il 2016, 1,09% per il 2017 e 3,48% a decorrere dal 1 settembre 2018) .



**TABELLA n. 9 (disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018)**

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (dal 1 gennaio al 31 agosto)	2018 (dal 1 settembre)
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09	1,09	3,48
<b>TOTALE</b>	<b>0,5077</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>1,11</b>	<b>1,84</b>	<b>1,84</b>	<b>4,23</b>

Tuttavia, nell'Accordo in esame finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti, come da atto di indirizzo pervenuto dal Comitato di Settore, sono disponibili esclusivamente le risorse relative agli arretrati per gli anni 2010-2017 delle risorse di cui alla lettera a) del precedente capoverso e gli arretrati degli incrementi di cui alla lettera b) del precedente capoverso riferiti agli anni 2016-2017.

Le rimanenti risorse sono subordinate alla sottoscrizione dell'ACN normativo ed economico riferito al triennio 2016-2018 secondo gli atti di indirizzo già esitati dal Comitato di Settore.

Di conseguenza le risorse effettivamente disponibili per l'ACN in esame sono schematicamente riportate nella seguente tabella.

**TABELLA n. 10 (disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017)**

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09
<b>TOTALE</b>	<b>0,5077</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>1,11</b>	<b>1,84</b>

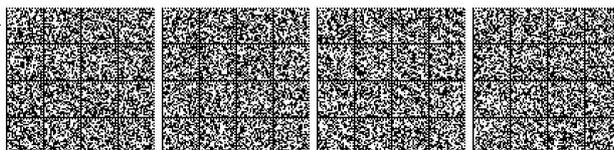


Applicati alla base di calcolo per l'anno 2009 (risorse pari ad IVC dipendenti) e anno 2015 (arretrati su incrementi anni 2016 e 2017), i saggi di crescita delle retribuzioni generano, in riferimento all'ACN in esame (accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti), un costo teorico complessivo a regime dell'assistenza territoriale sanitaria pari ad euro **477,17 milioni di euro** ripartiti sul singolo settore come da tabelle seguenti.

In particolare tale valore teorico è dato dalla somma delle risorse erogate come arretrati dall'anno 2010 all'anno 2015 (**280,03 milioni di euro**) e quelle erogate come arretrati sugli incrementi relativi agli anni 2016 e 2017 (**197,14 milioni di euro**). Questi ultimi (anni 2016 e 2017) così come stabilito dalle disposizioni finanziarie avranno una base di calcolo composta: l'aliquota dello 0,75% (pari all'IVC) continuerà ad essere applicata sul costo base anno 2009; le aliquote incrementali ulteriori (0,36% anno 2016 e 1,09% anno 2017) saranno invece applicate sul costo base anno 2015.

**TABELLA n. 11 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.**

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	2010 (0,5077%)	2011 (0,75%)	2012 (0,75%)	2013 (0,75%)	2014 (0,75%)	2015 (0,75%)	TOTALE disponibilità teoriche 2010 - 2015
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	€ 4.792	€ 24,33	€ 35,94	€ 35,94	€ 35,94	€ 35,94	€ 35,94	€ 204,03
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,58	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 30,40	€ 172,56
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,71	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 4,00	€ 22,69
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,26	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 2,17
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,79	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 1,16	€ 6,60
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	€ 972	€ 4,93	€ 7,29	€ 7,29	€ 7,29	€ 7,29	€ 7,29	€ 41,38
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	€ 813	€ 4,13	€ 6,10	€ 6,10	€ 6,10	€ 6,10	€ 6,10	€ 34,62
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 3,60	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 5,33	€ 30,23
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 0,17	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,41
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 0,36	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 0,53	€ 2,98
<b>TOTALE CONVENZIONE</b>	€ 6.577	€ 33,39	€ 49,33	€ 49,33	€ 49,33	€ 49,33	€ 49,33	€ 280,03



**TABELLA n. 12 (disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) - valori in milioni di euro.**

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	2016 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + Incremento 0,36% su costo 2015)	2017 (Accantonamento 0,75% su costo 2009 + Incremento 1,09% su costo 2015)	TOTALE disponibilità teoriche 2016 - 2017
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	€ 4.792	€ 4.808	€ 53,25	€ 88,35	€ 141,60
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,96	€ 74,48	€ 119,43
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,99	€ 10,03	€ 16,01
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,58	€ 0,97	€ 1,55
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,73	€ 2,87	€ 4,60
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	€ 972	€ 986	€ 10,84	€ 18,04	€ 28,88
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	€ 813	€ 998	€ 9,69	€ 16,98	€ 26,67
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 867	€ 8,45	€ 14,78	€ 23,22
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 53	€ 0,44	€ 0,83	€ 1,26
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 78	€ 0,81	€ 1,38	€ 2,18
<b>TOTALE CONVENZIONE</b>	€ 6.577	€ 6.792	€ 73,78	€ 123,36	€ 197,14

Le risorse impegnate nell'accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti sono integralmente riferite ad arretrati; le risorse a regime, invece (non contenute nell'ACN in esame) dovranno necessariamente rispettare gli indirizzi della contrattazione e quindi operare prevalentemente all'interno di meccanismi di premialità a risultato.

A fronte di tali disponibilità teoriche per il riconoscimento degli arretrati complessivamente disposti, il presente Accordo definisce costi effettivi dei singoli settori che vengono di seguito riassunti nelle seguenti tabelle n. 13 e 14.



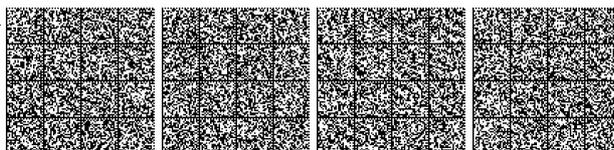
**TABELLA n. 13 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) – valori in milioni di euro.**

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2010	costo effettivo 2011	costo effettivo 2012	costo effettivo 2013	costo effettivo 2014	costo effettivo 2015	TOTALE costo effettivo 2010 - 2015
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	<b>€ 4.792</b>	<b>€ 24,04</b>	<b>€ 35,88</b>	<b>€ 203,46</b>				
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 20,33	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 30,20	€ 171,34
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 2,63	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 4,06	€ 22,91
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 0,25	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,38	€ 0,37	€ 2,13
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 0,83	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 1,25	€ 7,08
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	<b>€ 972</b>	<b>€ 4,89</b>	<b>€ 7,22</b>	<b>€ 40,99</b>				
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	<b>€ 813</b>	<b>€ 4,08</b>	<b>€ 5,95</b>	<b>€ 5,95</b>	<b>€ 5,95</b>	<b>€ 5,95</b>	<b>€ 5,94</b>	<b>€ 33,82</b>
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 3,57	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 5,18	€ 29,46
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 0,16	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 0,25	€ 1,40
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 0,34	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 0,52	€ 2,96
<b>TOTALE CONVENZIONE</b>	<b>€ 6.577</b>	<b>€ 33,00</b>	<b>€ 49,05</b>	<b>€ 278,27</b>				

**TABELLA n. 14 (costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017) – valori in milioni di euro.**

MEDICINA CONVENZIONATA	COSTO BASE 2009 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	COSTO BASE 2015 (comprensivo contributi previdenziali, malattia, IRAP)	costo effettivo 2016	costo effettivo 2017	TOTALE costo effettivo 2016 - 2017
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	<b>€ 4.792</b>	<b>€ 4.808</b>	<b>€ 52,96</b>	<b>€ 88,39</b>	<b>€ 141,36</b>
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 4.053	€ 4.044	€ 44,62	€ 74,18	€ 118,81
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 533	€ 553	€ 5,95	€ 10,15	€ 16,10
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 51	€ 54	€ 0,56	€ 0,96	€ 1,51
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 155	€ 157	€ 1,84	€ 3,11	€ 4,94
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	<b>€ 972</b>	<b>€ 986</b>	<b>€ 10,80</b>	<b>€ 17,97</b>	<b>€ 28,77</b>
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	<b>€ 813</b>	<b>€ 998</b>	<b>€ 9,50</b>	<b>€ 16,76</b>	<b>€ 26,25</b>
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 710	€ 867	€ 8,27	€ 14,58	€ 22,85
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 33	€ 53	€ 0,43	€ 0,82	€ 1,25
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 70	€ 78	€ 0,79	€ 1,36	€ 2,16
<b>TOTALE CONVENZIONE</b>	<b>€ 6.577</b>	<b>€ 6.792</b>	<b>€ 73,26</b>	<b>€ 123,13</b>	<b>€ 196,38</b>

I valori di costo effettivo sono inclusivi degli oneri previdenziali e, per i settori a quota oraria, dell'IRAP a carico dell'Azienda; essendo disposti in forma di arretrati sugli stessi valori non è applicato il costo dell'assicurazione di malattia.



Di seguito si evidenziano anche i differenziali ed il saldo positivo minimo sugli incrementi riconosciuti nel periodo dal 2010 al 2015 (**pari a 1,76 milioni di euro**) e dal 2016 al 2017 (**pari a 0,75 milioni di euro**) per un totale pari **2,52 milioni di euro**.

**TABELLA n. 15 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015) - valori in milioni di euro.**

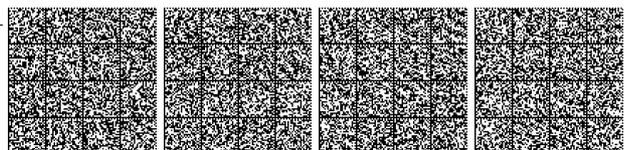
MEDICINA CONVENZIONATA	TOTALE disponibilità teoriche 2010 - 2015	TOTALE costo effettivo 2010 - 2015	SALDO 2010 - 2015
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	<b>€ 204,03</b>	<b>€ 203,46</b>	<b>€ 0,57</b>
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 172,56	€ 171,34	€ 1,22
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 22,69	€ 22,91	-€ 0,22
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 2,17	€ 2,13	€ 0,05
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 6,60	€ 7,08	-€ 0,48
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	<b>€ 41,38</b>	<b>€ 40,99</b>	<b>€ 0,40</b>
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	<b>€ 34,62</b>	<b>€ 33,82</b>	<b>€ 0,80</b>
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 30,23	€ 29,46	€ 0,77
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,41	€ 1,40	€ 0,01
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,98	€ 2,96	€ 0,02
<b>TOTALE CONVENZIONE</b>	<b>€ 280,03</b>	<b>€ 278,27</b>	<b>€ 1,76</b>



**TABELLA n. 16 (differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017) – valori in milioni di euro.**

<b>MEDICINA CONVENZIONATA</b>	<b>TOTALE disponibilità teoriche 2016 - 2017</b>	<b>TOTALE costo effettivo 2016 - 2017</b>	<b>SALDO 2016 - 2017</b>
<b>TOTALE MEDICINA GENERALE</b>	<b>€ 141,60</b>	<b>€ 141,36</b>	<b>€ 0,24</b>
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	€ 119,43	€ 118,81	€ 0,63
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	€ 16,01	€ 16,10	-€ 0,08
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	€ 1,55	€ 1,51	€ 0,03
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	€ 4,60	€ 4,94	-€ 0,34
<b>PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA</b>	<b>€ 28,88</b>	<b>€ 28,77</b>	<b>€ 0,10</b>
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'</b>	<b>€ 26,67</b>	<b>€ 26,25</b>	<b>€ 0,41</b>
- SPECIALISTICA AMBULATORIALE E VETERINARIA - tempo indeterminato	€ 23,22	€ 22,85	€ 0,37
- ALTRE PROFESSIONALITA' (CHIMICI, BIOLOGI, PSICOLOGI) - tempo indeterminato	€ 1,26	€ 1,25	€ 0,02
- SPECIALISTI e PROFESSIONISTI tempo determinato e incarico provvisorio	€ 2,18	€ 2,16	€ 0,02
<b>TOTALE CONVENZIONE</b>	<b>€ 197,14</b>	<b>€ 196,38</b>	<b>€ 0,75</b>

Si evidenzia, infine, che il testo contrattuale di ogni area viene configurato sul piano della tecnica normativa secondo il principio di stratificazione sequenziale dei contratti collettivi successivi. Questi ultimi confermano le disposizioni vigenti, fatte salve puntuali, ed esplicite abrogazioni/integrazioni.



**PARTE II – ACN PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA****ANALISI ILLUSTRATIVA DELLE DISPOSIZIONI**

Si commentano di seguito, articolo per articolo, le variazioni introdotte, illustrandone anche l'entità degli eventuali oneri diretti o indiretti alle stesse associazioni, stimabili ai fini della presente relazione.

**Premessa**

Il testo in esame richiama le motivazioni che hanno indotto il Comitato di Settore a promuovere la sottoscrizione di un Accordo che, ferme restando le indicazioni contenute negli atti di indirizzo già esitati ed in attesa di concludere la contrattazione completa del triennio 2016-2018 (normativo ed economico), provveda ad affrontare in modo tempestivo alcune priorità che attengono:

- 1) la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza);
- 2) la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio;
- 3) la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali.

Il testo in esame esplicita altresì, come già riportato nella parte I della presente relazione tecnica, il riferimento alle modalità di erogazione delle risorse assegnate alla contrattazione a fronte del perseguimento in sede negoziale delle predette priorità. In particolare vengono finalizzate a tale scopo le risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017.



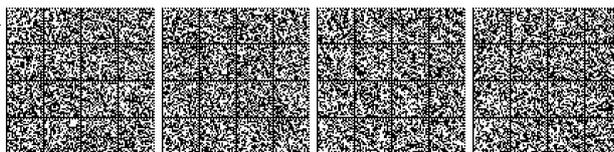
Tale premessa, avendo carattere meramente dispositivo ed esplicativo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

### **ART. 1 – Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale**

L'articolo introduce appunto il riferimento agli obiettivi di politica sanitaria nazionale da perseguire attraverso la contrattazione decentrata di settore in attuazione della programmazione regionale.

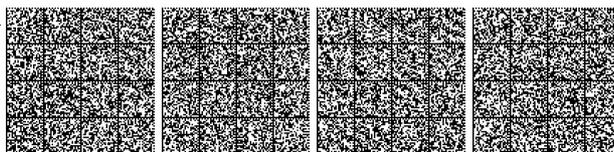
Il **comma 1 (unico)** conferma la priorità della programmazione regionale nell'opera di perseguimento degli obiettivi disposti dai piani nazionali sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera a)** richiama il Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.) esitato con l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Tale richiamo dispone l'impegno delle Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. L'obiettivo sancito è quello del miglioramento delle condizioni di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche ad opera di tutti gli attori operanti nel SSN. Il PNC prevede che ciò avvenga attraverso il rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni condividendo i percorsi di cura attraverso i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali). In tale quadro generale gli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, declinano i criteri di partecipazione dei pediatri di libera scelta nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure che si esplicano nella definizione del Piano di cura e nella stipula del Patto di cura previsti dallo stesso PNC. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



La **lettera b)** richiama il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) adottato l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019». L'obiettivo della riduzione del carico di malattie infettive prevenibili da vaccino è definito come priorità nazionale da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il PNPV dispone un calendario nazionale delle vaccinazioni offerte alla popolazione per fasce d'età. Il modello organizzativo definito con la programmazione regionale garantisce l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale ed in tale contesto gli AAIIRR prevedono, ove necessario, l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta nelle vaccinazioni e nelle attività collegate. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera c)** richiama la problematica dell'accesso improprio al pronto soccorso affrontata, tra gli altri atti di livello nazionale, con l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale. Vengono richiamate nella lettera in esame le motivazioni che pongono in essere la necessità di avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio di salute. Dal lato della disciplina contrattuale che si occupa di regolare i rapporti tra i pediatri di libera scelta ed il SSN, l'ipotesi di ACN in esame dispone che in sede di programmazione regionale cui conseguono gli accordi regionali, si preveda l'integrazione nelle reti territoriali dei pediatri di libera scelta e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio. Tale integrazione è finalizzata alla garanzia della continuità dell'assistenza la quale consente di evitare o ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso per le prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate con benefici in termini assistenziali e di efficienza del sistema. In riferimento a tale ultimo aspetto citato l'ACN richiama anche la possibilità per gli AAIIRR di coinvolgimento dei pediatri nelle prestazioni diagnostiche di pri-



mo livello. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

La **lettera d)** esplicita il riferimento alla questione del governo delle liste d'attesa e appropriatezza affrontato in ambito nazionale con l'Intesa Stato-Regioni, n. 189/CSR del 28 ottobre 2010, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012. Ferma restando anche in tal caso la preventiva programmazione regionale, in sede di accordo decentrato di livello regionale si prevede il coinvolgimento e la partecipazione dei pediatri di libera scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, distinguendo tra i primi accessi ed i percorsi di follow-up, nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle norme vigenti. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

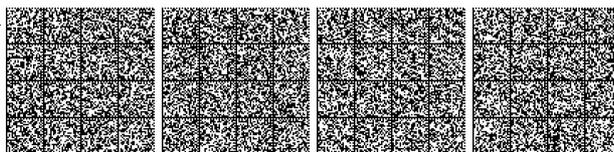
L'intero articolo 1 – *Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

#### **ART. 2 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni**

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore dell'ACN in esame, l'integrale sostituzione dell'**art. 15** dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

#### **ANALISI DELL'ARTICOLO 15 (SOSTITUITO)**

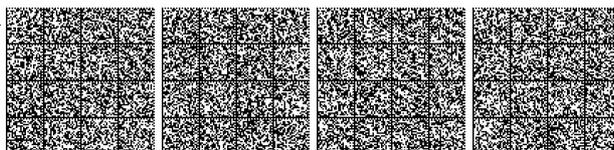
Il **comma 1** ai sensi del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. dispone la previsione secondo la quale i pediatri da incaricare in rapporto di convenzionamento con il SSN sono tratti da una graduatoria unica per titoli di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità. L'ipotesi di ACN prevede che la stessa graduatoria è redatta con procedure tese **alto**



snellimento burocratico ed al rispetto dei tempi previsti. Tale disposizione non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** precisa che i pediatri che aspirino all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 17, comma 1, lettere *f*) (fruizione del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale – nuova formulazione introdotta dall'**art. 5, comma 2** dell'ACN in esame – vedi *infra*) e *j*) (fruizione del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente ad eccezione del caso dei beneficiari delle sole prestazioni previdenziali erogate dalla "quota A" del Fondo di previdenza generale dell'ENPAM - nuova formulazione introdotta dall'**art. 5, comma 3** dell'ACN in esame – vedi *infra*). I pediatri che aspirano all'iscrizione in graduatoria devono possedere alla scadenza del termine di presentazione della domanda i requisiti elencati nel successivo elenco. In particolare l'ipotesi di ACN in esame modifica le previgenti clausole negoziali esplicitando alla **lettera a)** la necessità di possesso del requisito della cittadinanza italiana cui, in ossequio alla normativa europea sulla libera circolazione dei lavoratori, viene aggiunto il riferimento alla cittadinanza di altro Paese appartenente alla UE e ad eventuali ulteriori equiparazioni disposte dalle leggi vigenti in ottemperanza ad accordi bilaterali tra l'Italia ed altri Stati.

Alla successiva **lettera c)** il testo contrattuale viene adeguato alla luce delle revisioni normative intervenute. Nella stessa lettera viene introdotta una delle innovazioni che caratterizzano l'ACN in esame in particolare riferimento all'obiettivo di favorire il ricambio generazionale agevolando l'accesso di medici agli incarichi di pediatria di libera scelta. Infatti, si introduce nella lettera in esame la possibilità che la domanda di iscrizione in graduatoria possa essere presentata anche dai medici frequentanti l'ultimo anno del corso di specializzazione in pediatria i quali nell'anno in questione acquisiranno il titolo utile. Costoro, ferma la possibilità di presentare la domanda entro il 31 gennaio di ciascun anno, saranno tenuti ad esibire il titolo effettivamente conseguito (anche a mezzo di autocertificazione) entro il 15 settembre del medesimo anno (termine disposto per rispettare il limite di pubblicazione della graduatoria



provvisoria di cui al successivo **comma 5**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

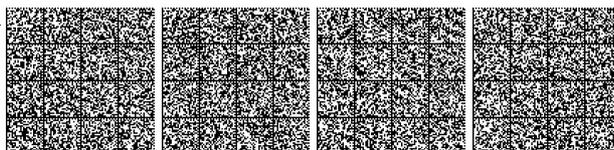
Il successivo **comma 3** precisa che i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN non possono presentare domanda di inserimento nella graduatoria. Pertanto tali pediatri potranno concorrere esclusivamente per trasferimento. Tale clausola essendo di carattere meramente dispositivo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** innova la procedura di trasmissione della domanda da parte dei pediatri aspiranti all'iscrizione in graduatoria. Si prevede che la domanda sia trasmessa entro il termine del 31 gennaio a mezzo di procedura telematica definita dalla Regione. La domanda, completa del bollo ai sensi della normativa vigente, unitamente alla dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante i requisiti, i titoli accademici, di studio e di servizio, viene trasmessa all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda individuata dalla Regione.

Si precisa che i titoli accademici, di studio e di servizio, ulteriori rispetto a quelli riguardanti il titolo specializzazione in pediatria (prerequisito) possono essere valutati ai fini del punteggio solo se posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

L'ulteriore innovazione introdotta con l'ipotesi di ACN in esame è quella contenuta nel successivo capoverso dello stesso **comma 4** ed attiene la precisazione che la domanda deve essere presentata ogni anno. La Regione o la Azienda da questa individuata potranno far riferimento al punteggio già conseguito dal richiedente nella precedente graduatoria qualora il medico non dichiarerà nella domanda per l'anno modifiche ai titoli conseguiti.

Da ultimo, si dispone che la Regione possa prevedere la facoltà del medico di esprimere la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali finalizzate al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, già all'atto della domanda di iscrizione nella graduatoria regionale. Tale clausola, avendo carattere meramente dispositivo ed organizzativo, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



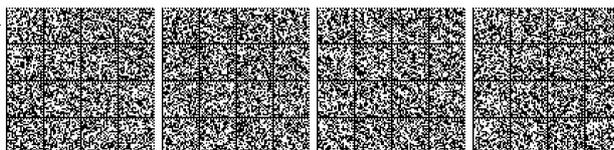
Al **comma 5** si dispone che l'amministrazione regionale o l'Azienda individuata dalla Regione, predisponga sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione previsti dall'ACN al successivo **allegato 1** la graduatoria specificando accanto a ciascun nominativo il punteggio conseguito. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il successivo **comma 6** prevede che la graduatoria provvisoria venga resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Nei successivi 15 giorni i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda da questo individuata eventuale istanza motivata di riesame della posizione in graduatoria. Entro il 30 novembre l'Assessorato regionale alla Sanità provvede alla pubblicazione della graduatoria definitiva sul bollettino ufficiale della Regione, disponendone altresì la pubblicazione sul sito istituzionale. Queste pubblicazioni costituiscono notificazioni ufficiali.

Da ultimo, la clausola sancisce che la graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 7** attiene alle graduatorie aziendali dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione. Fatte salve diverse determinazioni in sede di Accordo Integrativo Regionale riguardanti una diversa tempistica, le Aziende, entro 15 giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale definitiva, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di tali graduatorie aziendali. Gli incarichi di cui al presente comma vengono conferiti secondo l'ordine di priorità che segue: pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio e pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. Il presente comma non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 8** viene ribadita la necessità di apposizione del bollo sulla domanda presentata per la partecipazione alle graduatorie di disponibilità Aziendale. Tali domande debbono essere trasmesse alla Azienda di riferimento entro 30 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione dell'avviso da parte dell'Azienda



stessa sul proprio sito istituzionale; fatto salvo il caso in cui ai sensi del precedente **comma 4** i pediatri aspiranti, già iscritti nella graduatoria regionale, non abbiano espresso in quella sede la richiesta di inclusione anche nelle graduatorie aziendali di disponibilità. Lo stesso comma precisa altresì quale sia l'ordine di graduazione dei pediatri che appartengono alla categoria di cui alla **lett. b)** del precedente comma, indicando il criterio preventivo della anzianità di specializzazione, in seguito del voto di specializzazione ed infine della minore età. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

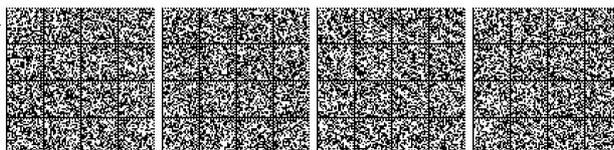
Con il **comma 9** si stabilisce che la Regione possa dare attuazione all'articolo in esame anche adottando differenti modalità di trasmissione delle domande rispetto a quella a mezzo procedura informatizzata in precedenza indicato (cfr. **comma 4**), purché tali diverse modalità garantiscano comunque la semplificazione dell'iter amministrativo, la riduzione degli adempimenti dei pediatri aspiranti all'incarico e la limitazione degli oneri sostenuti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 2 – *Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

### **ART. 3 – Esercizio del diritto di sciopero**

L'articolo in esame, con unico **comma 1**, dispone l'integrale sostituzione dell'**art. 31** dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi rinviando all'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta, che viene introdotto *ex novo* come **Allegato 2** del vigente ACN (vedi *infra*).

L'intero articolo 3 – *Esercizio del diritto di sciopero* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



**ART. 4 – Procedure per l’assegnazione di incarichi**

L’articolo in esame, con unico **comma 1**, introduce, a partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta, l’integrale sostituzione dell’**art. 33** dell’ACN 15 dicembre 2005 e smi.

Tale comma apporta diverse novità derivanti dalla decisione del Comitato di Settore assunta nell’atto di indirizzo di agevolare il ricambio generazionale, favorendo l’accesso dei pediatri agli incarichi di cui trattasi attraverso meccanismi e procedure che consentono la spendibilità del titolo acquisito o in corso di acquisizione al momento della disponibilità effettiva degli incarichi.

**ANALISI DELL’ARTICOLO 33 (SOSTITUITO)**

Al **comma 1** si stabilisce che entro la fine di marzo di ciascun anno la Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l’elenco degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all’art. 32 del vigente ACN. La clausola introduce altresì la novità per la Regione di pubblicare anche gli incarichi che si renderanno disponibili nel corso dell’anno. Tale caso è dato in particolare dai pediatri di libera scelta che cesseranno il loro rapporto di lavoro con le Aziende per sopraggiunti limiti di età (70 anni). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

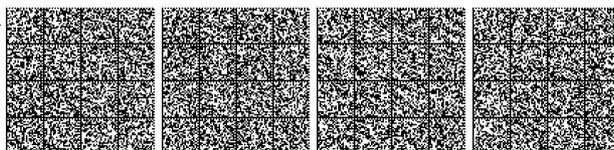
Il **comma 2** prevede che all’atto di pubblicazione degli incarichi, fermo restando l’ambito di iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta, l’Azienda possa indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l’assistenza ambulatoriale (c.d. “prescrizione di zona”) eventualmente indicando anche una modalità articolata. Questa ultima precisazione introdotta dall’ACN in esame deriva dalla possibilità per l’Azienda di considerare le prescrizioni di zona afferenti ad esempio ambiti multicomunali. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



Il successivo **comma 3**, in conseguenza a quanto disposto dal precedente comma, sancisce la prescrizione di zona come vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata. Il vincolo si protrae per un periodo di tre anni dall'iscrizione nell'elenco dei pediatri di libera scelta. Decorso tale termine il pediatra interessato può richiedere che l'Azienda la rimozione di tale vincolo. In tal caso l'Azienda, in sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti dell'apertura dello studio medico a carico del pediatra neo-inserito. Al momento in cui il neo-inserito subentra con l'apertura del proprio studio medico nella zona prescritta ed inizia l'attività convenzionale, il pediatra precedentemente interessato dal vincolo può procedere al trasferimento del proprio studio medico. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** prevede che i pediatri aspiranti presentino entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al **comma 1** alla Regione o al soggetto da questa individuato la domanda di assegnazione per uno o più ambiti territoriali carenti, corredata del bollo secondo la normativa vigente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 5** definisce, come già previsto dal previgente Accordo collettivo nazionale, i soggetti che possono concorrere agli incarichi e il relativo ordine di priorità, disponendo primariamente per i trasferimenti dei titolari a tempo indeterminato da almeno due anni in un ambito della Regione che ha pubblicato la carenza (**lett. a**)), successivamente per i trasferimenti dei pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato che siano iscritti da almeno quattro in un elenco dei pediatri di altra Regione (**lett. b**)), in seguito per i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**lett. c**)). Per tali pediatri restano immutate le condizioni e le prescrizioni già indicate nel previgente ACN che vengono meramente revisionate dal punto di vista dell'esposizione lessicale per renderne maggiormente chiaro ed intellegibile il testo. A queste due categorie sono aggiunti con ultima priorità (**lett. d**)) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i., successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso. Questi ultimi dovranno autocertificare il possesso del diploma all'atto della presentazione della domanda di cui al



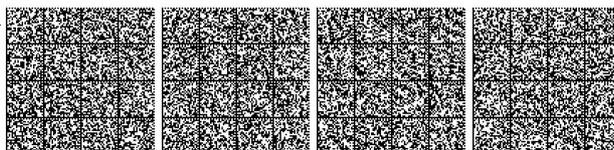
**comma 4.** Tale ultima lettera consente dunque a tutti coloro che per qualsiasi motivo (gravidanza, malattia, ecc...) abbiano ritardato la acquisizione del titolo oltre il termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (31 gennaio dell'anno precedente) e fino alla domanda di assegnazione degli incarichi (**comma 4**), di partecipare alle procedure di conferimento degli stessi. Tale clausola, essendo di carattere meramente dispositivo e procedurale, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Tra gli aspiranti, i pediatri di libera scelta che concorrono per trasferimento (**comma 5, lett. a) e b)**) sono graduati secondo il dettato del successivo **comma 6**, in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dagli incarichi della pediatria di libera scelta ai sensi dell'art. 18, comma 1 del vigente ACN. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (**comma 5, lett. c)**) sono graduati invece dal **comma 7** in esame nell'ordine risultante dagli elencati **punti a), b) e c)** che seguono.

In particolare la **lett. a)** riferisce al punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 cui vanno aggiunti, ai sensi della **lett. b)**, punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico e, ai sensi della **lett. c)**, punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico. Come già previsto nel previgente Accordo, tali punteggi aggiuntivi sono sommati nel caso in cui le fattispecie previste dalle **lettere b) e c)** si verificano contemporaneamente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Da ultimo, il **comma 8** determina i criteri di graduazione dei pediatri di cui al **comma 5, lettera d)** secondo l'anzianità di specializzazione, del voto di specia-



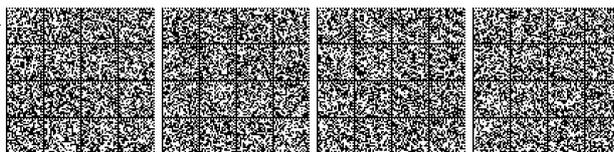
lizzazione ed infine della minore età. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 9** prevede che, in caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri che concorrono per trasferimento (**comma 5, lett. a) e b)** e quelli presenti in graduatoria (**comma 5, lett. c)**) siano ordinati secondo l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione ed infine la minore età. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 10** dispone in merito ai criteri di formulazione delle graduatorie per gli ambiti carenti, stabilendo che vengano stilate sulla base dell'anzianità per i trasferimenti, dei relativi punteggi posseduti e degli ulteriori criteri indicati per coloro che partecipano ai sensi del **comma 5, lett. d)** e precisando che accanto a ciascun nominativo siano indicati gli ambiti per cui concorre. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

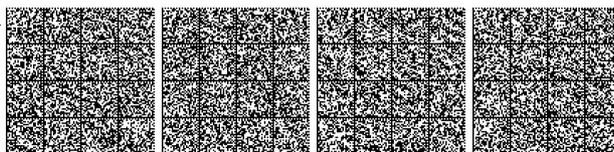
Al **comma 11** si disciplinano i criteri e l'ordine di interpello dei pediatri di cui al **comma 5**. Si precisa dunque che in primo luogo vengono interpellati i pediatri che concorrono per trasferimento da un ambito della stessa Regione (**lett. a)**), in seguito vengono interpellati i pediatri che concorrono per trasferimento da altra Regione (**lett. b)**), successivamente i pediatri in graduatoria (**lett. c)**) ed infine i pediatri che hanno acquisito il titolo di specializzazione in pediatria o disciplina equipollente successivamente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria (**lett. d)**). Questi ultimi sono interpellati avendo cura di assegnare priorità ai residenti nell'ambito carente, quindi a quelli residenti in Azienda, in seguito nella Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Nel seguente **comma 12** viene introdotta un'altra delle novità dell'Accordo in esame derivante dalla necessità già citata di favorire l'accesso dei pediatri negli incarichi disponibili. L'evidenza rilevata mostra infatti una scarsa propensione alla mobilità nella richiesta di lavoro tra Regioni in cui c'è una elevata offerta di posti disponibili e quelle in cui viceversa ad essere elevata risulta la domanda.



Questa situazione ha reso evidente la necessità di una maggiore divulgazione, attraverso un sistema centralizzato, dell'offerta di ambiti carenti e non ricoperti attraverso le procedure già illustrate (graduatoria, pubblicazione incarichi, ecc.). Tale sistema è stato identificato nel portale istituzionale della SISAC ([www.sisac.info](http://www.sisac.info)) che renderà disponibile alle Regioni la possibilità di pubblicare l'evidenza della carenza rimasta vacante dei posti offerti, consentendo la conoscenza di tale disponibilità a tutti i pediatri sul territorio nazionale. Il sistema prevede che la Regione o il soggetto da questa individuato per la procedura, renda altresì evidente sul proprio sito web la data di pubblicazione da parte della SISAC. Da tale data decorre il termine di 30 giorni per la presentazione delle domande, in regola con la vigente normativa sul bollo, da parte dei pediatri, purché costoro non siano titolari di altro incarico a tempo indeterminato nell'ambito del SSN. La domanda viene trasmessa dai medici interessati alla Regione o al soggetto da questa individuato che procede alla valutazione secondo uno specifico ordine di priorità. Vengono prioritariamente valutate le domande dei pediatri inseriti nelle graduatorie di altre Regioni (**lett. a**) i quali sono graduati fra loro sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza; in caso di parità di punteggio prevale l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione ed infine la minore età. In seguito vengono valutate le domande dei pediatri in possesso del titolo di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (**lett. b**) i quali sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione ed infine della minore età. All'atto dell'interpello tra i pediatri di cui alla **lett. b** si assegna priorità a coloro che sono residenti nell'ambito carente, poi nell'Azienda, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al fine di semplificare le procedure la Regione o il soggetto da questa individuato indica sin dall'avviso di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità definite dalla stessa Regione, alla convocazione dei pediatri con un preavviso di 15 giorni. Il **comma 13** prevede che tali modalità e termini si applichino anche per la procedura definita al precedente **comma 12**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



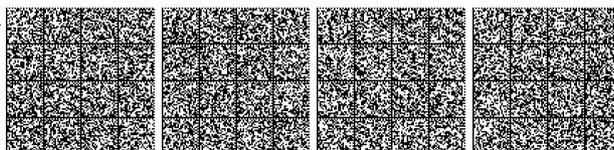
Con il **comma 14** è chiarito che il pediatra interpellato, deve a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta ovvero rinunciare all'assegnazione. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 15** prevede che la mancata presentazione all'atto dell'interpello, da parte del pediatra, costituisce rinuncia all'incarico, fatto salvo il caso del pediatra impossibilitato a presentarsi il quale può dichiarare, secondo le modalità definite dalla Regione la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali ha presentato domanda. In questa ipotesi al pediatra viene attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Con il **comma 16** è chiarito che il pediatra che accetta l'incarico in forza di un trasferimento decade dall'incarico di provenienza. E' stabilito altresì che in quest'ultimo caso il pediatra debba comunque garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso disposto dall'art. 19, comma 1, lett. c) del vigente ACN (un mese). La clausola sancisce infine che la rinuncia o la decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 17** dispone in merito alle questioni inerenti le eventuali incompatibilità ancora sussistenti. In particolare si precisa che il pediatra debba rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica all'atto dell'assegnazione dell'incarico. Qualora sussistano eventuali situazioni di incompatibilità (cfr. art. 17 ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.), esse debbono essere risolte all'atto di assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 18** riporta le formalità procedurali in carico alle Regioni o al soggetto da queste individuato, all'espletamento della assegnazione degli incarichi. Viene effettuato l'invio degli atti alle Aziende interessate alla presa in carico del rapporto di lavoro da instaurare ed in caso di assegnazione per trasferi-



mento ad un medico proveniente da altra Regione (**comma 5, lett. b)**) si dispone la comunicazione all'Azienda di provenienza dell'accettazione dell'incarico anche ai fini di dare seguito alle previste scadenze di cui al **comma 16**. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Come clausola di chiusura delle procedure di assegnazione degli incarichi nell'ambito della pediatria di libera scelta, il **comma 19** prevede comunque la possibilità per la Regione, o soggetto da questa individuato, esperite le procedure di cui ai **commi 1 e 12**, di procedere per sopravvenute esigenze straordinarie, alla pubblicazione in corso d'anno di ulteriori avvisi per l'assegnazione di ambiti territoriali carenti. Si applicano anche in tal caso le medesime procedure ed i medesimi termini previsti nell'articolo in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

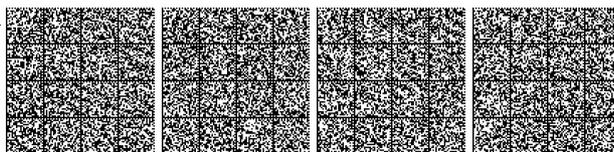
L'intero articolo 4 – *Procedure per l'assegnazione di incarichi* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

#### **ART. 5 – Modifiche all'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.**

L'articolo in esame introduce alcune puntuali variazioni al testo dell' ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. allo scopo di adeguarlo alla normativa vigente, di chiarirne i contenuti e di renderlo coerente con le clausole introdotte dall'Accordo in esame.

Il **comma 1** dispone l'abrogazione dell'art. 16 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. a decorrere dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Contestualmente a tale abrogazione la valutazione dei titoli accademici, di studio e di servizio è effettuata in base ai punteggi ed ai criteri previsti dall'**Allegato 1** introdotto con l'ACN in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** sostituisce nell'articolo 17, comma 1, dell'ACN 15 dicembre 2005 s.m.i. la **lett. f)** precisando l'incompatibilità per coloro che fruiscano del trattamento di invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza



competente. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 3** si modifica il contenuto dell'art. 17, comma 1, **lett. j)** dell'ACN 15 dicembre 2005 s.m.i precisando l'incompatibilità per coloro che fruiscono del trattamento di quiescenza ai sensi della normativa vigente ed escludendo da tale incompatibilità solo coloro che beneficiano delle esclusive prestazioni previdenziali della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** prevede che a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'ACN in esame, nell'art. 34, comma 3, primo alinea dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è meramente modificato il rinvio numerico del comma citato in riferimento al richiamato art. 33 in ragione delle modifiche apportate alla numerazione dall'Accordo in esame (secondo la nuova numerazione, **comma 2**). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 5** si dispone l'abrogazione della norma transitoria n. 8 dell'ACN 15 dicembre 2005 s.m.i a partire dall'entrata in vigore dell'**art. 2** dell'Accordo in esame. Tale abrogazione è disposta in ragione della eliminazione dall'ACN del riconoscimento di uno specifico punteggio legato al tirocinio specifico di pediatria di famiglia. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 5 – *Modifiche ACN 15 dicembre 2005 s.m.i.* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

#### **ART. 6 - Arretrati**

Con l'articolo in esame si definiscono le risorse economiche riferibili agli anni 2010 – 2017. Allo scopo di agevolare l'intelligibilità della seguente parte della Relazione, in particolare riferimento alle stime economiche, l'esposizione è suddivisa in due sezioni, ciascuna esplicativa della parte di finanziamento in cui vengo-



no ripartite le complessive disponibilità della contrattazione, i cui titoli si riassumono di seguito:

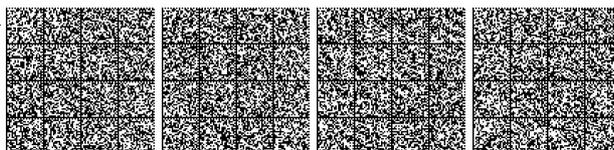
- 1) arretrati riferiti agli anni 2010-2015 – tali risorse sono, come detto nella parte generale della presente relazione tecnica, riferibili ai riconoscimenti economici connessi all'erogazione dell'Indennità di Vacanza Contrattuale (IVC) già erogata in favore dei dipendenti pubblici a far data dal 2010;
- 2) arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 dalle disposizioni contenute nelle leggi di bilancio disposte dal Legislatore; tali incrementi assorbono le risorse riferite all'I.V.C.

Ciò per evidenziare il rispetto del vincolo delle risorse assegnate in relazione ai singoli periodi in riferimento. Il rispetto dei valori complessivi è invece già stato illustrato nella prima parte della presente relazione tecnica e ad essa si rinvia.

Con il **comma 1** si precisa appunto la presa d'atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e si ribadisce la scelta di addivenire alla sottoscrizione dell'ACN in esame *“in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018”*. Si precisa dunque che le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per i pediatri di libera scelta, da erogarsi secondo quanto riportato nei prospetti ed i valori riprodotti nell'articolato. Viene infine precisato che i valori riportati nell'ACN sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

#### **SEZIONE 1 - arretrati riferiti agli anni 2010-2015**

Viene introdotta la tabella di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2010 - 2015. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2010-2015 secondo la seguente tabella:



**arretrati Pediatria di libera scelta**

(rif. TABELLA A1)

Si esprime il valore per assistito riferito a ciascun anno. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2009 (cfr. *supra* tab. 5 ) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione fino all'anno 2015 (incluso). Gli arretrati della pediatria di libera scelta riferiti agli anni 2010-2015 generano una spesa complessiva pari ad euro **40.989.526** così determinata:

**TABELLA n. 17 Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2010-2015.**

Pediatria di libera scelta	2010	2011	2012	2013	2014	2015
costo effettivo (quota annua per assistito)	€ 0,67	€ 0,99	€ 0,99	€ 0,99	€ 0,99	€ 0,99
n. assistiti al 01/01/2010	6.668.352	6.668.352	6.668.352	6.668.352	6.668.352	6.668.352
costo effettivo al netto ENPAM (9,375%)	€ 4.467.796	€ 6.601.668	€ 6.601.668	€ 6.601.668	€ 6.601.668	€ 6.601.668
ENPAM (9,375%)	€ 418.856	€ 618.906	€ 618.906	€ 618.906	€ 618.906	€ 618.906
costo effettivo totale riconosciuto	€ 4.886.652	€ 7.220.575	€ 7.220.575	€ 7.220.575	€ 7.220.575	€ 7.220.575

Al **comma 2** si dispone che per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), per la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei pediatri e per la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali, siano corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017). Si precisa che tali risorse sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.



**SEZIONE 2 - arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017**

Viene introdotta la tabella di calcolo degli arretrati con i dati riferiti agli anni 2016 - 2017. L'onere include ed assorbe le risorse pari all'I.V.C. Tale introduzione comporta l'assunzione di oneri diretti e indiretti stimati, in riferimento agli arretrati per il 2016-2017 secondo la seguente tabella:

**arretrati Pediatria di libera scelta**

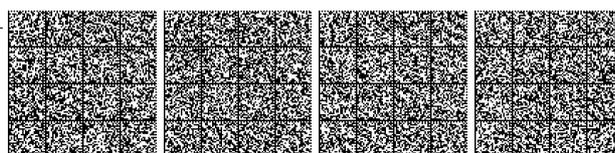
(rif. TABELLA A2)

Si esprime il valore per assistito riferito a ciascun anno. Tale calcolo è effettuato applicando al costo base dell'anno 2015 (cfr. *supra* tab. 7 ) le aliquote evidenziate nella tabella n. 10 della presente relazione per gli anni 2016 e 2017. Gli arretrati della pediatria di libera scelta riferiti agli anni 2016-2017 generano una spesa complessiva pari ad euro **28.773.750** così determinata:

**TABELLA n. 18 Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2016-2017.**

<b>Pediatria di libera scelta</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
costo effettivo (quota annua per assistito)	€ 1,46	€ 2,43
n. assistiti al 01/01/2016	6.762.835	6.762.835
costo effettivo al netto ENPAM (9,375%)	€ 9.873.739	€ 16.433.689
ENPAM (9,375%)	€ 925.663	€ 1.540.658
costo effettivo totale riconosciuto	€ 10.799.402	€ 17.974.347

Al **comma 3** viene ribadito che gli importi da corrispondere ai pediatri di libera scelta sono riconosciuti nel limite del massimale e delle eventuali scelte in deroga acquisite ai sensi dell'art. 38 dell'ACN per ciascun anno di riferimento. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



I **commi 4 e 5** attengono esclusivamente alla determinazione dei tempi di corresponsione degli arretrati prevedendo rispettivamente che quelli derivanti dal **comma 1** dell'articolo siano erogati entro giorni 60 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame e quelli derivanti dal **comma 2** siano erogati entro giorni 90 dall'entrata in vigore dell'Accordo in esame. Tale clausola essendo meramente dispositiva non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 6 – *Arretrati* genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione pari ad euro **69.763.276** come rappresentato nelle tabelle 13 e 14 e riepilogato nella seguente tabella 19.

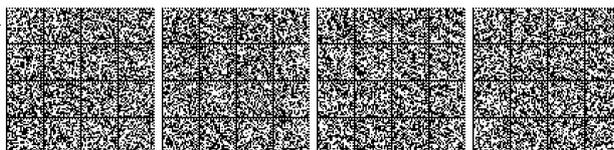
**TABELLA n. 19 Pediatria di libera scelta – costo effettivo 2010-2017.**

MEDICINA CONVENZIONATA	costo effettivo 2010-2015	costo effettivo 2016-2017	costo effettivo 2010-2017
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 40.989.526	€ 28.773.750	€ 69.763.276

**ART. 7 – Entrata in vigore dell'Accordo e rappresentatività a livello decentrato.**

Al **comma 1** si ribadisce che ai sensi delle disposizioni vigenti l'Accordo in esame entrerà in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento (Intesa) della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Come già indicato nelle premesse della presente relazione, il **comma 2** si occupa di ribadire che l'Accordo in esame integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. nelle more della definitiva sottoscrizione dell'intero ACN riferibile al triennio 2016-2018 (economico e nor-



mativo). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

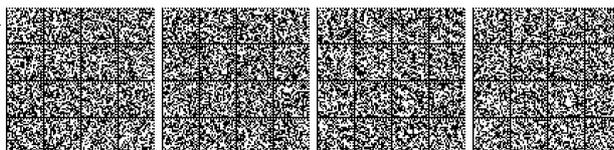
Il successivo **comma 3** ripropone le regole di rappresentatività sindacale derivanti dalla normativa e dall'Accordo vigenti. Pertanto le organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo in esame, in possesso dei requisiti di rappresentatività a livello nazionale di cui all'art. 22 comma 6 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** infine nel ribadire quanto già espresso dalla normativa e dall'Accordo vigenti, chiarisce che gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero articolo 7 - *Entrata in vigore dell'Accordo e rappresentatività a livello decentrato* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione

#### **Norma transitoria n. 1**

La **norma transitoria n. 1** ripropone per l'anno 2018 la possibilità per i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti dopo il 31 gennaio la possibilità di inserimento nella graduatoria regionale per l'anno 2019 presentando domanda entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dell'autocertificazione del titolo di specializzazione nel frattempo acquisito e deve contenere i titoli accademici e di servizio eventualmente posseduti alla data del 31 dicembre 2017. Tale clausola si rende necessaria per anticipare gli effetti della procedura tesa a favorire l'accesso in graduatoria dei pediatri che nel frattempo abbiano acquisito il diploma di specializzazione. La norma esplicherà, ovviamente, i suoi effetti qualora l'entrata in vigore



dell'Accordo in esame avvenga entro l'anno 2018. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

### **Norma transitoria n. 2**

La medesima *ratio* che ha indotto a definire a **norma transitoria n. 1** finalizzata ad agevolare e ad anticipare l'accesso in graduatoria dei pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione dopo la data del 31 gennaio 2018 dispone la definizione anche della successiva **norma transitoria n. 2**. In attesa dell'entrata in vigore dell'**articolo 4** dell'Accordo in esame, anche per le procedure di assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione ai pediatri che abbiano acquisito il titolo successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. In carenza di procedure specifiche definite nell'Accordo, la stessa **norma transitoria n. 2** dispone che tali pediatri concorrano secondo le procedure vigenti successivamente ai trasferimenti ed ai pediatri inclusi nella graduatoria valida per l'anno in corso. Costoro saranno graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione ed infine della minore età. Anche in tal caso si dispone priorità d'interpello per i residenti nell'ambito carente e successivamente, i residenti nella Azienda, nella Regione ed infine fuori Regioni. Anche in questo caso il possesso del diploma di specializzazione deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione agli ambiti carenti. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

### **Allegato 1 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale**

Come disposto dall'**art. 5, comma 1** dell'ACN in esame, il presente Allegato disciplina, a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore dell'ACN in esame, i titoli ritenuti utili e i relativi punteggi da utilizzare per la graduatoria regionale abrogando l'art. 16 dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi.



Il **comma 1** ripropone il testo del medesimo comma contenuto nell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. contenente le indicazioni dei punteggi per i titoli accademici, di studio e di servizio.

Rispetto al testo previgente, l'ACN in esame introduce innovazioni al **punto I**, previgenti lett. b), c), d) ed e) eliminando il riferimento ed il punteggio relativo alle cd "libere docenze" nonché rinumerandone l'elencazione in funzione delle modifiche introdotte.

Viene inoltre abrogato il riferimento ed il relativo punteggio riguardante il tirocinio abilitante ed il titolo di animatore di formazione riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione (ex lett. f) e g)). In loro sostituzione l'ACN in esame introduce *ex novo* i punteggi aggiunti in riferimento al **punto I, lett. d) e e)** che contengono rispettivamente un riferimento alla conoscenza della lingua inglese certificata ad un livello non inferiore al B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) (punti 0,50) e la conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL).

Al seguente **punto II** del medesimo comma si provvede a precisare alla **lett. a)** l'ambito di assegnazione del relativo punteggio specificando che va attribuito in riferimento al possesso di titolo di servizio con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione nella pediatria di libera scelta; viene altresì espunto il riferimento all'attività svolta in forma associata. Inoltre, rispetto al previgente ACN il punteggio è elevato a punti 1,10 per ciascun mese complessivo di attività. Alla **lett. e)** si provvede meramente ad integrare il riferimento alla normativa vigente in materia di attività di specialista pediatra svolta all'estero (L. 11 agosto 2014, n. 125). Tutte le altre lettere del comma in esame restano invariate. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 2** ripropone il testo del medesimo comma contenuto nell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. con la mera aggiunta di specificazione delle frazioni valutabili come mese intero per la corrispondente attività svolta per attività sindacale. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Al **comma 3** viene meramente effettuata una riscrittura più chiara ed intelligibile del previgente testo negoziale; ad esso si aggiunge la precisazione



dell'ultimo capoverso che specifica che il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è valutato in alternativa al titolo di studio qualora ci si riferisca alle specializzazioni affini alla pediatria (**punto I, lett. b**) dell'Allegato in esame) e a specializzazioni in discipline diverse (**punto I, lett. c**) dell'Allegato in esame). Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 4** corrispondente al previgente comma 4 dell'articolo 16 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. ribadisce che a parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione ed infine la minore età. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

Il **comma 5** corrispondente al previgente comma 5 dell'art. 16 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. precisa che non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate nell'Allegato in esame. Tale clausola non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

L'intero Allegato 1 – *Titoli per la formazione della graduatoria regionale* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

**Allegato 2 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta.**

L'Allegato in esame, con unico **comma 1**, introduce nell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. l'**Allegato 2**.

Ai fini della presente relazione si precisa che viene introdotto con l'Accordo in esame un allegato che introduce particolari innovazioni sul piano della regolamentazione di settore.

**Allegato 2 - Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta**

In ossequio alle disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83 e successive



modificazioni ed integrazioni si è reso necessario, anche in questo settore afferente all'ambito dei servizi pubblici essenziali, redigere un accordo specifico di regolamentazione del diritto di sciopero da sottoporre alla approvazione della Commissione di Garanzia dell'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali. Il testo integra quindi tutte le necessarie disposizioni patitive richieste dalla Commissione ed è stato già inoltrato alla stessa per la validazione. L'accordo è stato concordato e sottoscritto dalle parti in data 28 marzo 2018.

L'intero Allegato 2 – *Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta* non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



INDICE DELLE TABELLE
<i>Tabella 1 - Numero medici al 01/01/2016</i>
<i>Tabella 2 - Numero scelte e numero ore remunerate, stime anno 2007 (ACN biennio 2008-2009)</i>
<i>Tabella 3 - Costo biennio economico 2008-2009 inclusivo dell'aumento contrattuale 3,2%</i>
<i>Tabella 4 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2009 (01/01/2010)</i>
<i>Tabella 5 - Costo base anno 2009</i>
<i>Tabella 6 - Numero scelte e numero ore remunerate, anno 2015 (01/01/2016)</i>
<i>Tabella 7 - Costo base anno 2015</i>
<i>Tabella 8 - Costo base anno 2009, costo base anno 2015 e confronto CE</i>
<i>Tabella 9 - disponibilità percentuali anni 2010-2015 e triennio 2016-2018</i>
<i>Tabella 10 - disponibilità percentuali accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2017</i>
<i>Tabella 11 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €</i>
<i>Tabella 12 - disponibilità teoriche complessive accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €</i>
<i>Tabella 13 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €</i>
<i>Tabella 14 - costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016-2017 - valori in ml di €</i>
<i>Tabella 15 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2010-2015 - valori in ml di €</i>
<i>Tabella 16 - differenza tra disponibilità teoriche e costo effettivo complessivo accordo finalizzato agli obiettivi prioritari ed urgenti anni 2016 e 2017 - valori in ml di €</i>
<i>Tabella 17 - Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2010-2015</i>
<i>Tabella 18 - Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2016-2017</i>
<i>Tabella 19 - Pediatria di libera scelta - costo effettivo 2010-2017</i>

18A05131

