

Protocollo d'intesa relativo all' Accordo Integrativo 2009 per i medici di medicina generale della Regione Lazio

PREMESSA

1. La Regione Lazio, nell'intento di dotarsi di strumenti utili per gestire in modo più efficace ed efficiente le risorse disponibili trasferendo a livello territoriale quanto inappropriatamente viene oggi erogato a livello ospedaliero, stipula con le OOSS firmatarie dell'ACN sottoscritto il 27 maggio 2009, il presente accordo secondo quanto di seguito indicato.
2. Tale accordo afferma il ruolo centrale della medicina del territorio quale garanzia della salute complessiva del cittadino, attraverso compiti e programmi di prevenzione, educazione sanitaria, potenziamento delle cure domiciliari, assistenza dell'anziano, con la collaborazione delle strutture socio-sanitarie territoriali e di altre figure professionali.
3. Le parti, quindi, condividono l'esigenza:
 - di garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza sanitaria in maniera omogenea sul territorio regionale;
 - di pervenire al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale attraverso il potenziamento di tale livello di assistenza, creando nel territorio opportunità tali da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini e ridurre il ricorso improprio all'assistenza sanitaria di secondo livello;
 - di migliorare l'utilizzo delle risorse finanziarie regionali disponibili, improntandolo ai principi di appropriatezza, di efficacia, di efficienza e di equità degli interventi assistenziali, mirando contestualmente all'ulteriore qualificazione dell'assistenza sanitaria di base.
4. Tali obiettivi comprendono azioni strategiche tese alla razionalizzazione della spesa farmaceutica e diagnostica e alla riduzione del tasso di ospedalizzazione con l'incremento delle prestazioni assistenziali ambulatoriali, distrettuali e domiciliari.
5. A tal fine con il presente accordo regionale si intende promuovere:
 - la qualificazione degli studi medici mediante l'informatizzazione e la disponibilità di collaboratori di studio ed infermieri;
 - l'incremento delle forme associative di Unità di Cure Primarie, per una più ampia accessibilità ai servizi da parte dell'utenza;
 - la rimodulazione delle prestazioni aggiuntive al fine di aumentare la accessibilità e fruibilità del servizio da parte dell'assistito in particolare a domicilio;
 - implementazione della funzionalità dei servizi di continuità assistenziale;
 - la estensione del lavoro in Unità di Cure Primarie (UCP), Ambulatorio di Cure Primarie (ACP) , Presidi Territoriali di Prossimità (PTP), finalizzata alla realizzazione di forme di integrazione professionale tra i vari operatori.
6. Quanto in premessa presuppone, per la sua centralità nell'assistenza del territorio, la piena responsabilizzazione del MMG, il quale, coerentemente con le previsioni dell'Accordo, è così impegnato ad operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse riducendo gli sprechi in merito a:
 - accesso al ricovero;
 - prestazioni di pronto soccorso;
 - liste d'attesa e cure specialistiche;
 - prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
 - utilizzo di presidi diagnostici ed assistenziali.
7. In tale contesto appare essenziale che:
 - i livelli di spesa programmabili siano in grado di determinare flussi di finanziamento che

- dal livello ospedaliero siano spostati ed orientati a favore dell'assistenza distrettuale;
- le risorse recuperate, rispetto alla spesa storica, con la razionalizzazione di tutte le prestazioni indotte, siano utilizzate per una offerta di altri servizi territoriali più qualificati, efficaci e rispondenti a domande inevase e, in parte, per alimentare un fondo, appositamente costituito, per la realizzazione di progetti-obiettivo nell'ambito della assistenza primaria;

Sulla base delle premesse descritte le parti concordano sul seguente articolato:

Articolo 1 (Il sistema di Cure Primarie)

1. Il sistema di cure primarie persegue strategie innovative nei settori extraospedalieri con particolare riferimento al governo della domanda, aumento della disponibilità oraria delle strutture di cure primarie, potenziamento dei servizi gestibili direttamente dal sistema di cure primarie, governo della spesa farmaceutica e diagnostica extraospedaliera, sulla base di successivi protocolli che saranno definiti di concerto con gli altri soggetti prescrittori.
2. E' necessario innanzitutto promuovere iniziative di integrazione ospedale-territorio che creino percorsi preferenziali per i pazienti e generino al tempo stesso responsabilizzazione e comportamenti appropriati da parte di tutti gli operatori.
3. Si concorda sulla necessità di concentrare gli sforzi sulla valorizzazione delle eccellenze, sulla razionalizzazione dell'offerta dei servizi e sulla loro differenziazione, prevedendo delle alternative al regime di ricovero per acuti per quelle classi di malati che necessitano più di un'offerta di servizi a bassa intensità medica rispetto al reparto di degenza per acuti.
4. Per far questo è necessario disegnare dei percorsi assistenziali che determinino l'integrazione dell'ospedale con il sistema di cure primarie, sia nel percorso preospedale (preospedalizzazione, accettazione assistita etc.), che all'atto della dimissione (dimissione assistita). Una integrazione che deve veder coinvolti anche i medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali nel definire percorsi assistenziali integrati con il sistema di cure primarie.
5. Tali percorsi prevedono l'attivazione delle strutture e delle modalità organizzative di seguito descritte per la cui realizzazione un ruolo fondamentale riveste l'organizzazione dei distretti e il ruolo dei direttori degli stessi.

Articolo 2 (Unità di Cure Primarie)

1. Con lo scopo di consentire una maggiore facilitazione all'accesso dei cittadini agli studi dei medici di medicina generale, anche per una diminuzione degli accessi impropri al pronto soccorso ed agli altri servizi ambulatoriali e distrettuali, un migliore utilizzo delle risorse, si rende necessario implementare nei termini di seguito descritti l'attivazione completa sul territorio delle Unità di Cure Primarie (di seguito UCP) che costituiranno, integrandosi con le altre modalità organizzative e strutture previste nell'allegato al presente accordo, il sistema di cure primarie della Regione Lazio.
2. Con il presente Accordo si stabilisce di ridefinire per le Forme Associate, costituite ai sensi dell'art. 54 del vigente ACN, le seguenti percentuali:

Forme associative	Percentuali vecchio Accordo Regionale – DGR 229/06 - esaurimento	Percentuali previste dal presente Accordo – anno 2009
A) Medicina in associazione	esaurimento	abolito
B) Medicina in Rete	20%	37,71%
C) Medicina di Gruppo	40%	40%

Tali Forme, in attuazioni di quanto previsto ed approvato ai sensi degli articoli 12 e 13 del nuovo ACN sottoscritto in data 27 maggio 2009, si riorganizzano in UCP per aumentare la disponibilità oraria dell'apertura degli studi medici per almeno 9 ore giornaliere, dal Lunedì al Venerdì con orario, preferibilmente continuativo, ma che potrà anche prevedere interruzioni nell'arco della giornata con modalità che verranno definite distrettualmente in base alle esigenze ed alle caratteristiche oro geografiche e sociali del territorio di effettuazione del servizio.

3. Gli accordi a livello decentrato dovranno obbligatoriamente prevedere:

- l'apertura degli studi per almeno 9 ore nel periodo compreso tra le 7.00 e le 21.00;
- il collegamento in rete tra i membri della stessa UCP;
- la messa in rete delle informazioni tra i membri dell'unità di cure Primarie.

4. A tale scopo il MMG aderirà ai compiti previsti dal presente accordo e dal successivo ACN utilizzando i sistemi informativi messi a disposizione dalla Regione Lazio e/o dalle Aziende ASL secondo modalità da definire anche in relazione a quanto previsto dal citato ACN del 27 maggio 2009.

5. In particolari situazioni nelle zone a popolazione sparsa e sulla base di accordi a livello aziendale e/o distrettuale, per la giornata del sabato e per le giornate prefestive le singole UCP o i singoli medici della UCP, potranno garantire, su base volontaria, l'apertura di almeno uno studio per un periodo non inferiore a 3 ore tra le ore 7.00 e le ore 13.00.

6. Per una migliore realizzazione di quanto sopra previsto e' consentita l'aggregazione, alle forme associative UCP di medici che esercitano in forma singola ovvero la creazione di nuove UCP, fermo restando il rispetto delle condizioni previste al precedente comma 2; il medico avrà diritto alla remunerazione della UCP, fermo restando in ogni caso il trattamento economico delle indennità spettanti ex ACN 2005.

7. In caso di cessazione del rapporto convenzionale (pensionamento, motivi personali ecc .) nella UCP, il medico uscente potrà essere sostituito da medico di nuovo inserimento o da altro medico non appartenente ad altre forme associative. In caso di richiesta di trasferimento ad altra UCP, nella more della verifica che tale trasferimento non sia di impedimento alla persistenza della UCP di provenienza, il medico che intende modificare la propria posizione deve fornire motivazione scritta al delegato di cui al successivo punto e al direttore del proprio distretto di appartenenza.

8. Nell'ambito di ogni Unità di Cure Primarie, i componenti identificheranno un referente organizzativo che curerà i rapporti con il Direttore di Distretto. Tale referente, dopo aver formalmente accettato l'incarico, dovrà fornire alla direzione distrettuale un recapito telefonico, preferibilmente su linea mobile, ed una casella di posta elettronica dedicata e a cura Aziendale e/o Regionale, per consentire rapide modalità di comunicazione con il Distretto e con gli enti regionali anche allo scopo di intervenire prontamente in caso di urgenze socio-sanitarie.

Tale referente sarà eletto dai componenti della UCP per un periodo massimo di 2 anni al termine dei quali sarà necessario identificare un nuovo soggetto. E' possibile in caso di accordo tra i membri della stessa UCP confermare lo stesso nominativo, così come in caso di sfiducia a maggioranza, si procederà a nuova nomina.

9. Le UCP saranno costituite da medici di medicina generale, convenzionati con il SSN, collegati in rete, da un minimo di poche unità, previsti unicamente nelle zone disagiate o disagiatissime, per le esigenze della assistenza primaria, fino ad un massimo di 10 che si organizzano, secondo il successivo articolo 3 del presente documento. Tale numero di 10 potrà essere incrementato qualora l'Azienda territorialmente competente metta a disposizione idonei locali.

Nelle zone disagiate, o per particolari esigenze, sarà possibile, in accordo con il Distretto competente, istituire forme miste con la Pediatria.

10. Al fine di offrire al cittadino i servizi dell'UCP limitando il più possibile i suoi spostamenti, anche al fine di evitare un ricorso improprio alle strutture di pronto soccorso legato a fattori meramente logistici, si ritiene necessario, per aree cittadine con un numero di abitanti superiore a 10.000 unità (in particolare nell'area metropolitana di Roma), prevedere la possibilità di costituire UCP solo ai MMG appartenenti al medesimo distretto e, in tale ambito, preferibilmente all'interno di un quartiere; viene demandato ai singoli distretti valutare la funzionalità delle forme associative proposte rispetto alla fruibilità del servizio da parte del singolo cittadino.

Per quanto riguarda i comuni con un numero di abitanti inferiore a 10.000 unità, pur consentendo di poter organizzare il servizio con unica forma associativa, sarà utile, anche in considerazione delle caratteristiche oro geografiche e sociali, garantire la disponibilità del medico di assistenza primaria anche con numero telefonico dedicato, preferibilmente mobile. Le modalità attuative saranno definite in apposito accordo aziendale e/o distrettuale, da stipulare entro 90 giorni dalla data di esecutività del presente accordo. Una analoga verifica deve essere effettuata anche nei confronti di particolari situazioni oro geografiche (territori montani, difficoltà di viabilità, isole, etc.) che possono prevedere diversa composizione dell'UCP, sia numerica sia in relazione a diverse figure professionali laddove il MMG sia in minoranza (due MMG e un PLS). Tali UCP particolari saranno attivate solo dopo aver ottenuto il parere favorevole del Distretto. In caso di controversie la questione viene decisa dal Comitato Regionale.

11. Le modalità di aggregazione alle forme definite UCP, attualmente su base volontaria, saranno successivamente definite in conformità a quanto disposto dall'ACN, nonché a quanto regolamentato dal presente Accordo Regionale.

12. Allo scopo di rendere un servizio migliore al cittadino e di liberare il medico di medicina generale da compiti burocratici, nel rispetto dei rispettivi ruoli, le UCP potranno prevedere la presenza di collaboratore/i di studio e di personale infermieristico, nell'ambito delle risorse disponibili, dando priorità alle forme complesse.

13. Per quanto non esplicitamente indicato nel presente articolato, si rinvia ad un successivo documento che regolerà la materia.

Articolo 3

(Modalità organizzative e remunerazione delle UCP)

1. Da un punto di vista strutturale le UCP potranno essere distinte sulla base della molteplicità di partecipazione dei soggetti professionali. Potranno perciò essere realizzate forme:

- a. Semplici di integrazione professionale tra MMG (UCP-S), collegati tra loro in rete, potendo i medici garantire l'apertura, preferibilmente, continuativa per almeno 9 ore al giorno tramite rotazione nell'ambito degli studi; l'orario dovrà essere articolato in modo tale, comunque, da garantire una fruibilità di 4,30 ore la mattina e di 4,30 ore il pomeriggio. La remunerazione prevista è di € 6,40 annuo/assistito;
- b. Complesse in sede unica e che possano prevedere la partecipazione anche di pediatri e/o specialisti, medici di Continuità Assistenziale (CA), nonché di operatori specifici dell'assistenza infermieristica e collaboratori di studio e di operatori dell'assistenza sociale delle Aziende sanitarie o degli Enti locali (UCP-C). La remunerazione prevista è di € 8,60 annuo/assistito;
- c. Semplici di aggregazione tra MMG (UCP/8h) possibili in situazioni particolari contraddistinte

da specifiche caratteristiche oro geografiche e/o sociali individuate a livello aziendale, nelle quali ogni medico insiste nel proprio studio ma organizza l'apertura degli studi per almeno 8 ore al giorno. La remunerazione prevista è di € 4,00 annuo/assistito;

3. Per le forme di cui ai punti a), b) e c) del precedente comma, devono essere previsti orari fissi predeterminati concordati con i direttori di distretto e comunicati all'utenza con idonee modalità.

2. In tutte le forme erogative di assistenza dovrà comunque essere garantito il raccordo con il Numero Unico Regionale e un rapporto funzionale con le strutture operative e gli operatori del Distretto.

3. I MMG che fanno parte delle UCP aderiscono alle nuove modalità organizzative di cui ai punti 5.2.1, 5.2.2 e 5.2.3 dell'allegato al presente accordo ed a svolgere le relative attività nelle modalità, procedure e volumi definiti a livello di contrattazione aziendale/distrettuale, sulla base delle indicazioni tecniche definite dai gruppi di lavoro paritetici appositamente costituiti a livello regionale.

4. Le quote maggiorate di cui sopra rispetto al precedente AIR costituiscono un anticipo sui futuri aumenti contrattuali e verranno riassorbite nella quota destinata alla contrattazione regionale dal prossimo ACN biennio economico 2008-2009.

Articolo 4 (Organizzazione interna dell'UCP per la C.A.)

1. La continuità assistenziale -CA- nell'ambito dell'UCP complessa può essere organizzata in strutture specifiche secondo modalità e risorse che saranno successivamente concordate al tavolo tecnico paritetico appositamente istituito.

Articolo 5 (Disponibilità telefonica diurna)

1. I medici operanti nelle zone a popolazione sparsa non facenti parte delle UCP di cui al precedente articolo 2 (fino ad un tetto massimo di 300 su scala regionale), garantiscono, ad esclusione di coloro che percepiscono le indennità per le zone riconosciute disagiate e/o disagiatissime, una disponibilità diurna, di norma, con le seguenti modalità da concordare in ogni caso a livello Aziendale e/o Distrettuale:

- dalle ore 10.00 alle 18.00 nei giorni feriali;

2. La remunerazione è di € 1,00 oraria nel caso di disponibilità nei giorni feriali e da concordare a livello aziendale nel caso di disponibilità anche il sabato e i prefestivi.

3. Qualora il tetto regionale di 300 dovesse essere superato, i relativi oneri sono a carico dell'Azienda che autorizza la disponibilità.

Articolo 6 (Formazione)

1. La Regione nel confermare nel Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale

(CEFORMEG Lazio) lo strumento operativo per la promozione della crescita professionale della Medicina Generale nell'ambito delle attività di sviluppo e qualificazione delle cure primarie, centrate sui bisogni dei cittadini, adotta le seguenti modifiche ed integrazioni all'articolo 20 dell'AIR di cui alla DGR 229/96.

2. Il CEFORMEG ha funzioni di programmazione e di coordinamento centrale ed esercita i seguenti compiti afferenti alle attività formative relative alla Medicina Generale :

- insegnamento universitario pre – laurea, tirocinio valutativo pre – abilitazione alla professione medica;
- formazione specifica in Medicina Generale;
- formazione continua dei Medici di Medicina Generale.

3. Per lo svolgimento delle attività previste, si procede, entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, ad una centralizzazione ed unificazione delle sedi operative ed ad una razionalizzazione delle funzioni, attraverso sia la concentrazione delle attività amministrative che di quelle di indirizzo formativo.

4. Per la progettazione delle specifiche attività formative di cui al comma 2, Il Consiglio Direttivo del CEFORMEG può avvalersi, di specifiche commissioni tecniche.

5. Al fine di assicurare l'effettiva realizzazione della formazione specifica per la Medicina generale nel Lazio, la Regione si impegna a mettere a disposizione del Centro in tempi reali , il fondo di cui al D. Lgs. 8 luglio 2003, n. 277; tale finanziamento viene assegnato Centro, che dovrà poi utilizzarlo per tutte le necessità organizzative e formative della Formazione specifica, che, pertanto, non graverà sul presente Accordo Regionale per la Medicina Generale sotto l'aspetto economico;

6. Per facilitare l'espletamento delle attività formative del triennio di formazione specifica, la Regione garantisce un flusso di cassa corrente, a valere sulle risorse statali di cui al precedente comma, individuando a tal fine un ufficio regionale dedicato che sia in grado di rendere le somme esigibili entro 90 giorni dalla relativa delibera di recepimento dei fondi statali. Inoltre la Regione, qualora ci siano ancora debiti verso ASL docenti, animatori e fornitori provvederà al saldo del dovuto entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente AIR.

7. La Regione si impegna ad attivarsi al fine di reperire, per le diverse attività formative e di ricerca, ulteriori finanziamenti di natura pubblica o privata, da affidare alla gestione del Centro.

Articolo 7 **(Finanziamento dell'accordo)**

1. Ai sensi della norma finale n. 5 del nuovo ACN del 27 maggio 2009 che dopo la Norma Finale n. 15 dell'ACN 23 marzo 2005, ha inserito la Norma Finale n. 17 che prevede ai commi 2, 3 e 4 le finalità e gli obiettivi cui devono essere destinate le risorse del prossimo biennio economico 2008/2009, si stabilisce quanto previsto nei successivi commi.

2. Ai fini del reperimento delle risorse necessarie per l'implementazione del sistema di cure primarie, così come definite nei precedenti articoli e nell'allegato al presente Accordo, tenendo conto di quanto previsto al comma 1, vengono utilizzate le seguenti risorse:

a) somme già stanziare nel precedente Accordo Integrativo Regionale (AIR) recepito con DGR 229/06:

- € 2.400.000 di cui all'articolo 17, che dalla data di approvazione del presente AIR è abrogato;
- € 3.936.000 di cui all'articolo 24, che dalla data di approvazione del presente AIR è abrogato;
- € 2.372.000 derivanti dalla riorganizzazione delle attività di formazione di cui all'articolo 20 che dalla data di approvazione del presente AIR è abrogato per le parti incompatibili con quanto previsto dal presente AIR;

b) un finanziamento pari al 2,5% del monte salari 2007 relativo alle quote nazionali (€ 6.725.755)

quale anticipo sui futuri aumenti contrattuali del biennio economico 2008-2009 ai sensi della norma transitoria n. 5 del nuovo ACN del 27 maggio 2009 di cui al comma 1 del presente articolo, che grava sul FSR di parte corrente a valere sugli accantonamenti del bilancio di previsione 2009 già inseriti nei conti economici trimestrali 2009; eventuali ulteriori incrementi verranno utilizzati per favorire, prioritariamente, le forme complesse;

c) fondo di ponderazione di cui all'art.59 lettera A) comma 5 dell'ACN del 23.3.2005 per gli anni 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008, pari a € 540.062;

d) quota parte di somme derivanti da progetti specifici di prevenzione afferenti agli obiettivi di piano, ex DGR n. 835/2007 e s.m.i.; in particolare:

- progetto IGEA (prevenzione diabete), per un importo pari ad € 3.800.000 (da verificare nell'apposito gruppo di lavoro paritetico);

- prevenzione primaria cardiovascolare per un importo pari ad € 4.000.000 (da verificare nell'apposito gruppo di lavoro paritetico);

3. Le quote previste dal comma precedente, lettera d) vengono utilizzate per sperimentare a livello aziendale/distrettuale prioritariamente i progetti di presa in carico e di medicina di iniziativa di cui al punto 5.2.4 dell'Allegato al presente AIR.

4. Il finanziamento previsto dal comma 2, lettera b), pari ad € 1.530.948 è utilizzato per attivare le nuove modalità organizzative di cui ai punti 5.2.1, 5.2.2 e 5.2.3 al presente AIR, con particolare riferimento all'assistenza prestata presso i Presidi Territoriali di Prossimità e sulla base delle determinazioni del gruppo di lavoro previsto dal gruppo di lavoro previsto dall'art.10, comma 11, lettera b).

5. Il finanziamento previsto dal comma 2, lettera a) viene utilizzato, al netto della quota destinata alle vaccinazioni di cui al successivo articolo 8, per incentivare la riorganizzazione delle forme associative in UCP, con particolare riferimento a quelle complesse e per le finalità di cui agli articoli 2, 3, 4, 5 e 6.

Articolo 8 (Vaccinazioni)

1. Le modalità di partecipazione dei MMG alla campagna di vaccinazione antinfluenzale, fermo restando quanto previsto dall'art. 45, comma 4, lettera c), del vigente ACN, saranno definite nell'ambito dell'apposito gruppo di lavoro coordinato dal Direttore Regionale della Prevenzione e Sicurezza sul lavoro.

Articolo 9 (Modalità applicative della contrattazione Aziendale/Distrettuale)

1. I contenuti del presente accordo sono definiti e contrattati a livello Regionale con l'applicazione degli stessi a livello Aziendale/ Distrettuale. In caso di mancato avvio della contrattazione a livello decentrato entro 60 giorni dalla data di esecutività del presente AIR la Regione diffida l'Azienda/Distretto a procedere; in caso di inerzia, decorsi inutilmente i successivi 30 giorni, la Regione interviene con potere sostitutivo nella Azienda/Distretto per l'applicazione di quanto previsto nel presente Accordo.

2. I progetti già sperimentati di cui si sia verificata la validità a livello Distrettuale saranno estesi a tutta l'ASL ed eventualmente a livello Regionale nell'ambito delle compatibilità di bilancio .

Articolo 10
(Gruppi di lavoro specifici paritetici)

1. Al fine di elaborare specifiche proposte operative per applicare i principi di cui al presente accordo e, in particolare, di quelli contenuti nell'allegato allo stesso, sono istituiti i seguenti gruppi tecnici paritetici:
 - a. "Presenza in carico pazienti con patologie croniche a più alta incidenza";
 - b. "Nuove modalità organizzative dell'assistenza sul territorio";
 - c. "Presidi, farmaci ed esenzioni";
 - d. "Formazione".
2. Le proposte di cui ai gruppi previsti dal comma 1, costituiranno parte integrante della stesura definitiva dell'AIR.

Articolo 11
(Entrata in vigore e norme finali)

1. Il presente accordo entra in vigore dal giorno successivo a quello di approvazione del Decreto di recepimento del Commissario ad Acta.
2. L'erogazione delle competenze aggiuntive previste per la riorganizzazione delle forme associative e per la erogazione dei servizi nelle nuove modalità organizzative delle UCP di cui ai precedenti articoli 1,2,3,4 e 5 è subordinata alla effettiva attivazione delle stesse certificata con atto formale dal Direttore Generale della ASL o, per delega dello stesso, dal Direttore di Distretto competente per territorio.
3. Fermo restando quanto previsto dal precedente articolo 8, le parti concordano che l'applicazione del presente accordo costituisce obiettivo prioritario per la valutazione dei direttori generali .
4. Fermo restando l'obbligo di quanto disposto dalla normativa vigente, in ordine all'obbligo dell'utilizzo di mezzi informatici, i medici che hanno maturato più di 30 anni di anzianità di laurea al 1.1.2004, dovranno adeguarsi entro 18 mesi dalla data di pubblicazione del presente accordo.
5. Si concorda che le problematiche della continuità assistenziale verranno affrontate nel tavolo tecnico per la riorganizzazione del territorio nel quale verranno inseriti rappresentanti sindacali di settore. In quella sede, tra l'altro, verranno riorganizzate le centrali di ascolto della continuità assistenziale e ridefinite le dotazioni organiche.
6. Le parti prendono atto che per l'anno 2004 dovranno essere verificate le cifre relative ai fondi di ponderazione che sono state al momento stimate sulla base dei dati riferiti al 2005.