

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 3 SETTEMBRE 2004

ADDÌ 3 SET. 2004 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 2
L2

ROMA, SI È RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSÌ COSTITUITA

STORACE	Francesco	Presidente	IANNARILLI	Antonello	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	PRESTAGIOVANNI	Bruno	Assessore
AUGELLO	Andrea	Assessore	ROBILOTTA	Donato	Assessore
CIARAMELLETTI	Luigi	Assessore	SAPONARO	Francesco	Assessore
CIOCCHETTI	Luciano	Assessore	SARACENI	Vincenzo Maria	Assessore
FORMISANO	Anna Teresa	Assessore	VERZASCHI	Marco	Assessore
GARGANO	Giulio				

ASSISTE IL SEGRETARIO: Tommaso NARDINI

.....OMISSIS

ASSENTE: TUTTI PRESENTI

DELIBERAZIONE N. 848

OGGETTO:

Preso atto protocollo operativo della medicina di base.

OGGETTO:

Preso atto protocollo operativo della medicina di base.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell' Assessore alla Sanità;

PREMESSO che in attuazione dell'art. 50 della Legge 229 del 21/11/03, a partire dall'1/01/04 il codice fiscale è divenuto un elemento indispensabile per l'accesso alle prestazioni sanitarie ;

CONSIDERATO che nel corso del 2003 sono state effettuate un insieme di verifiche e di modifiche sull'archivio assistiti alcune delle quali hanno comportato cancellazioni (decesso, doppia iscrizione, emigrazione, sospensioni di assegnazioni, correzioni di errate assegnazioni, ecc.) con conseguente addebito ai medici delle somme percepite nel periodo dal gennaio 2000 alla data di effettuazione della modifica, ovvero con conseguente pagamento di arretrati dovuti agli stessi, oltre all'effettuazione delle revoche di ufficio a tutti i professionisti;

ACCERTATO che relativamente alle competenze riguardanti il periodo antecedente l'anno 2000 sono ancora in corso, in alcune ASL, le procedure di recupero delle somme indebitamente corrisposte ai medici;

CHE relativamente alle competenze degli anni 2001 e 2002 le procedure di calcolo del conguaglio sono venute a coincidere con l'esigenza di risolvere in maniera definitiva anche le pendenze degli anni precedenti per ripartire con una situazione corretta e trasparente;

RILEVATO che le risultanze relative alla elaborazione per il conguaglio ha messo in evidenza che sono state corrisposte somme superiori al dovuto che dovranno essere recuperate secondo le modalità previste negli accordi nazionali (DD.PP.RR. 270 e 272 del 27 e 28 luglio 2000);

CONSIDERATO che ai sensi degli artt. 12 dei DD.PP.RR. 270/00 e 272/00 i Comitati regionali dei Medici di Base e dei P.L.S. hanno manifestato l'opportunità di istituire un tavolo tecnico che, esaminata la questione, individui – di concerto con un referente della Direzione S.S.R. e con un referente di Laziomatica – le modalità ed i criteri di attuazione delle procedure per la definizione dell'anagrafe assistiti e dell'utilizzo dei sistemi informatici;

PRESO ATTO che a tal fine con deliberazione n. 143 del 27/02/04 è stato formalmente costituito il tavolo tecnico composto sia dalle rappresentanze sindacali dei Medici di Base che dalle rappresentanze sindacali dei Pediatri di Libera Scelta, nonché da referenti della Direzione regionale S.S.R. e da Laziomatica per la parte tecnica ed operativa;

PRESO ATTO che al termine dei lavori, il suddetto tavolo tecnico ha elaborato l'allegato protocollo operativo che è stato sottoscritto dagli interessati in data 23/06/04;

CONSIDERATO che il documento di cui trattasi contiene le modalità operative per i conguagli positivi e/o negativi, nonché i criteri di dilazione per eventuali recuperi;

ACCERTATO che nell'ambito di detto documento è stato, altresì, approvato il modello di pagamento rateizzato a società finanziaria, modello che per urgenza è stato già trasmesso alle AA.SS.LL. con nota protocollo n. 72048 del 23/06/04;

RILEVATO che il protocollo di cui trattasi prevede una tempistica per l'applicazione della "procedura conguaglio" e, pertanto, deve essere approvato con atto formale;

RITENUTO per quanto sopra esposto di prendere atto e di approvare il "protocollo operativo della medicina di base" sottoscritto, in quanto condiviso in data 23/06/04, documento che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RILEVATO che il presente provvedimento, prendendo atto di un documento sottoscritto dalle OO.SS. di categoria, ai sensi dell'artt.12 dei DD.PP.RR. 270/00 e 272/00 non è soggetto alla procedura di cui al protocollo relativo alla concertazione con le parti sociali;

DELIBERA

Per le motivi di cui in premessa:

1. di prendere atto e contestualmente di approvare l'allegato protocollo operativo della Medicina di Base, sottoscritto con le parti sociali in data 23/06/04 e relativo alla individuazione delle modalità e dei criteri per i conguagli positivi e/o negativi, nonché dei criteri di dilazione per eventuali recuperi;
2. di prendere atto che il documento allegato contiene, altresì, indicazioni in ordine all'applicazione di istituti contrattuali;
3. di precisare che il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE

IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

6 SET. 2004

PROTOCOLLO OPERATIVO della Medicina di Base

Il presente documento, sottoscritto in data 23 giugno 2004 dal Dipartimento Sociale-Direzione Regionale Servizio Sanitario Regionale-Area 4B3 Gestione personale servizio sanitario regionale e accordi collettivi e dalle OOSS della Medicina generale e Pediatria di libera scelta, riassume i risultati del lavoro svolto dal Tavolo della Medicina di Base (TTMdB), istituito con delibera di Giunta Regionale N. 142 del 27 febbraio 2004.

A seguire i temi analizzati e le soluzioni concordate.

INDICE

1	CONGUAGLI AUTOMATICI MENSILI CHE SI GENERANO CONTESTUALMENTE AD UN EVENTO DI SCELTA E REVOCA PREDATATI.....	1
	Conguagli positivi.....	1
	Conguagli negativi.....	1
	Decessi.....	2
	<i>Modello di comunicazioni dei decessi.....</i>	<i>2</i>
	<i>Regole per la registrazione dei decessi a regime.....</i>	<i>3</i>
	Emigrazioni.....	3
	1. <i>Comunicazione dell'evento conseguente ad una azione di scelta e revoca da parte dell'assistito</i>	<i>3</i>
	<i>3</i>
	2. <i>Comunicazione dell'evento da parte degli uffici competenti della Pubblica Amministrazione (Comune di residenza).....</i>	<i>4</i>
	<i>Trasferimento interregionale.....</i>	<i>4</i>
	<i>Trasferimento intraregionale.....</i>	<i>4</i>
	Dilazione del recupero.....	5
2	CONGUAGLI ANNUALI 2001-2002-2003 E 2000 SU RICHIESTA.....	6
	<i>Documentazione di verifica allegata alla comunicazione dei conguagli 2000-2003.....</i>	<i>7</i>
3	DELEGAZIONE DI PAGAMENTO RATEIZZATO A SOCIETÀ FINANZIARIE.....	8
4	RIENTRO NEL MASSIMALE.....	8
5	SISTEMA DI GESTIONE DELLE DEROGHE 14-16 ANNI PER L'ASSISTENZA PEDIATRICA.....	8
6	ASSEGNAZIONI DEI NUOVI NATI AI PEDIATRI.....	8
7	RIENTRO DEI MOMENTANEAMENTE TRASFERITI ALL'ESTERO.....	8

1 CONGUAGLI AUTOMATICI MENSILI CHE SI GENERANO CONTESTUALMENTE AD UN EVENTO DI SCELTA E REVOCA PREDATATI.

Conguagli Positivi

Si verificano a seguito di scelte con data decorrenza antecedente la data di registrazione, fattibili esclusivamente per correzioni delle posizioni registrate in archivio. Non è mai possibile effettuare un movimento retrodatato su richiesta dell'assistito o del medico che non sia supportato da appropriati documenti giustificativi.

Si presentano tre diversi casi possibili:

- L'assegnazione è successiva all'ultimo movimento presente in archivio ed il medico richiedente risulta essere l'ultimo ad aver avuto in carico l'assistito. In tal caso è necessaria una dichiarazione congiunta dell'assistito e del medico in cui entrambi attestano che l'assistito, nel periodo indicato, ha usufruito dei servizi del medico.
- L'assegnazione è successiva all'ultimo movimento presente in archivio ed il medico richiedente risulta non essere l'ultimo ad aver avuto in carico l'assistito. In tal caso oltre alla dichiarazione congiunta dell'assistito e del medico deve essere presentata anche la tessera di iscrizione che attesti l'assegnazione al medico come dimostrazione di un errore di registrazione in archivio.
- L'assegnazione è relativa ad un periodo di scopertura circoscritto all'interno di una data di "cessazione" e una data di "rassegnazione" allo stesso medico. In tal caso è necessaria una dichiarazione congiunta dell'assistito e del medico in cui entrambi attestano che l'assistito, nel periodo indicato, ha usufruito dei servizi del medico.

I periodi di scopertura per periodi circoscritti all'interno di una data di "cessazione" e una data di "riassegnazione" ad un altro medico non sono invece assegnabili.

Casi diversi da quelli sopraelencati per i quali si richiede una assegnazione predata vanno presentati per l'approvazione al Tavolo Tecnico della Medicina di Base e ratificati dai rispettivi Comitati Regionali (Medicina generale e Pediatria).

Relativamente ai casi di assegnazione in RSA è comunque valida la dichiarazione di assistenza presentata dalla Struttura, sulla base della quale vengono effettuate assegnazioni predate con eventuale e relativa revoca in ugual data allo stesso o ad altro medico.

Quindi assegnazioni predate a seguito di correzioni d'archivio possono essere fatte solo dietro presentazione di adeguata documentazione (tessera sanitaria rilasciata dalla ASL o dichiarazione di assistenza congiunta medico assistito) e comunque per nessun motivo oltre il massimale esteso.

Conguagli Negativi

Si verificano a seguito di revoche con data decorrenza antecedente la data di registrazione.

Sono possibili Principalmente in due casi: decessi e trasferimenti.

Decessi

Le ASL una volta ricevuta comunicazione “giuridicamente valida” del decesso (comunicazione dell’anagrafe del comune di residenza dell’assistito deceduto, autocertificazione di un familiare diretto del defunto, presentazione del certificato di decesso, dichiarazione del medico di constatazione della morte, comunicazione diretta da parte degli ospedali e delle strutture RSA) inseriscono in archivio, ad una certa data “data di registrazione”, l’informazione relativa al decesso.

Il medico viene revocato, diminuisce di una unità il numero dei propri assistiti, e:

- A decorrere dalla data di registrazione (mese = n) si interrompe il pagamento delle corrispondenti quote
- A decorrere dalla data del decesso, sulle competenze del mese di registrazione, si applicherà il recupero delle quote erroneamente attribuite.

Il ricalcolo automatico delle quote da recuperare viene conteggiato a ritroso fino alla data più vicina fra le due:

- data di decesso
- 1 gennaio 2000, se la data di decesso è antecedente.

Oltre tali termini le somme vanno in perenzione. Il recupero è stato limitato a tale periodo per due ragioni fondamentali:

- Fino al 1999 nella stragrande maggioranza delle ASL e dei distretti sono stati già consolidati i conguagli
- Il contratto in vigore parte dal gennaio 2000

Dell’evento viene data comunicazione al medico unitamente al cedolino delle competenze del mese di registrazione (mese = n) nell’apposito elenco relativo ai movimenti mensili. In tale elenco viene indicato il nome, cognome e codice dell’assistito revocato, la data di registrazione dell’evento in archivio, la data di decorrenza della revoca e il motivo della revoca “decesso”.

Una volta ricevuta comunicazione (mese = n+1) il medico può presentare motivato e documentato ricorso entro il giorno 15 del mese successivo (mese=n+2), la ASL se non accetta il ricorso lo comunicherà al medico entro il giorno 15 del mese successivo (mese n+3) (Art. 28 c. 7 DPR 270/2000).

Modello di comunicazioni dei decessi

Nel caso in cui la registrazione di un decesso non avviene a seguito di comunicazioni ritenute “giuridicamente valide” (comunicazione dell’anagrafe del comune di residenza dell’assistito deceduto, autocertificazione di un familiare diretto del defunto, presentazione del certificato di decesso, dichiarazione del medico di constatazione della morte, comunicazione diretta da parte degli ospedali e delle strutture RSA) ma dietro semplice segnalazione da parte del medico o dei familiari dell’assistito, utilizzando il modulo di segnalazione di decesso allegato (Allegato 1), oppure a seguito di comunicazione da parte di Enti Pubblici diversi dal Comune di residenza dell’assistito, la procedura da seguire prevede:

- Registrazione “provvisoria” del decesso in archivio dalla presunta data di decesso.

- Interruzione del pagamento delle quote relative all'assistito deceduto a partire dalle competenze del mese di registrazione
- Successivamente
- Validazione ed eventuale correzione della registrazione del decesso da parte dell'anagrafe del comune di residenza dell'assistito, con conseguente registrazione "definitiva" del decesso
 - Applicazione del recupero delle quote arretrate sulle competenze del mese di validazione della registrazione del decesso

Regole per la registrazione dei decessi a regime

Il sistema tecnico e organizzativo che risulterà alla fine del progetto di bonifica dell'archivio anagrafico sarà comunque tale da avere le comunicazioni di decesso e di emigrazione in tempi molto più ridotti rispetto all'anno.

Il sistema di aggiornamento inoltre sarà regolamentato per acquisire direttamente le comunicazioni di decesso formali da parte dei medici che redigono il certificato di decesso attraverso un invio telematico e per via cartacea oltre che ai normali destinatari anche al sistema di anagrafe sanitaria unificata regionale che provvederà ad effettuare l'aggiornamento contestuale.

Durante il periodo di bonifica invece restano confermate le modalità operative concordate nel precedente incontro relativamente alle modalità di calcolo e applicazione dei conguagli mensili che si generano contestualmente ad un evento di scelta e revoca predatati.

A regime, a partire dalla conclusione del progetto di bonifica dell'archivio stimata per il 1 ottobre 2005, il recupero delle quote pagate al medico per assistiti deceduti verrà comunque effettuato compiendo un calcolo a ritroso al massimo fino ad 1 anno indietro rispetto la data di comunicazione al medico del decesso.

Emigrazioni

Relativamente alla gestione delle revocche per trasferimento in diverso ambito territoriale si presentano i seguenti casi:

1. Comunicazione dell'evento conseguente ad una azione di scelta e revoca da parte dell'assistito

L'assistito effettua un cambio medico, per cambio residenza, all'interno della Regione.

- Data registrazione (data di registrazione della revoca in archivio)= data corrente
- Data decorrenza (data di inizio revoca)= data corrente
- Data applicazione (data di applicazione della revoca)= data corrente
- Data efficacia del recupero (data inizio recupero economico)= non applicabile

Nessun recupero di somme precedenti

L'assistito effettua un cambio medico, per cambio residenza, in un'altra Regione.

- Data registrazione = data ricevimento comunicazione evento da altra ASL
- Data decorrenza = data scelta del nuovo medico (nella regione di emigrazione)
- Data applicazione = data registrazione
- Data efficacia del recupero = data decorrenza

Il conteggio delle quote da recuperare viene effettuato in ogni caso dalla data di scelta del nuovo medico fino alla data di registrazione.

L'assistito effettua una revoca per cambio residenza senza contestuale scelta.

- Data registrazione = data corrente
- Data decorrenza = data dichiarata di cessazione di assistenza da parte dell'assistito
- Data applicazione = data corrente
- Data efficacia del recupero = data decorrenza

Il conteggio delle quote da recuperare viene effettuato in ogni caso dalla data dichiarata di cessazione di assistenza da parte dell'assistito fino alla data di registrazione

2. Comunicazione dell'evento da parte degli uffici competenti dalla Pubblica Amministrazione (Comune di residenza)

Il comune di emigrazione comunica l'evento avvenuto in data pregressa.

- Data registrazione = data ricevimento comunicazione evento (mese =n)
- Data decorrenza = data emigrazione (data di richiesta di iscrizione nuova anagrafe)
- Data applicazione = mese registrazione + 3 mesi

Per quanto riguarda il recupero delle quote arretrate erroneamente attribuite (data efficacia del recupero) si distinguono due casi: trasferimento interregionale e trasferimento intraregionale.

Trasferimento interregionale

L'applicazione del recupero delle quote erroneamente attribuite dal medico per l'assistito trasferito avviene a partire dalla data di trasferimento, salvo eventuale ricorso del medico sottoscritto dall'assistito (allegato 2 – dichiarazione dell'assistito attestante che, nonostante l'emigrazione, per il periodo intercorrente dalla data di emigrazione a quella di comunicazione del comune c'è stata continuità assistenziale).

- Data registrazione = data ricevimento comunicazione evento (mese = n)
- Data decorrenza = data emigrazione (data di richiesta di iscrizione nuova anagrafe)
- Data applicazione = mese registrazione + 3 mesi
- Data efficacia del recupero = data decorrenza

Trasferimento intraregionale

Le quote a recupero possono essere conteggiate a ritroso solo fino ad un massimo di tre mesi indietro rispetto la data di registrazione dell'evento in archivio su base dichiarazione di continuità assistenziale dell'assistito sottoscritte da medico ed assistito (Allegato 2)

- Data registrazione = data ricevimento comunicazione evento (mese =n)
- Data decorrenza = data emigrazione (data di richiesta iscrizione nuova anagrafe)
- Data applicazione = mese registrazione + 3 mesi
- Data efficacia del recupero = mese registrazione - 3 mesi (= n -3)

A seguire si possono verificare quattro differenti situazioni a seconda del comportamento che l'assistito assume nel corso del periodo che intercorre fra la data di registrazione del trasferimento e la data di applicazione degli effetti della revoca per emigrazione:

1. l'assistito sceglie un nuovo medico, in questo caso la revoca per trasferimento viene annullata e sostituita da una revoca per altra scelta con applicazione contestuale all'evento

- Mese di registrazione = $n+x$ ($0 \leq x \leq 3$)
- Mese di decorrenza = $n+x$
- Mese di applicazione = $n+x$
- Mese di efficacia = $n+x$

2. l'assistito presenta una domanda, propriamente giustificata, per l'assistenza temporanea o deroga territoriale sul medico e contemporaneamente una dichiarazione insieme al medico che quest'ultimo l'ha assistito fino al giorno in cui gliene è stata data comunicazione. In questo caso, se la richiesta viene accettata dal Comitato Aziendale, la revoca per trasferimento viene annullata e l'assegnazione al medico cambia da assegnazione semplice in assistenza temporanea o deroga territoriale a decorrere dalla data di emigrazione. Nessun recupero di quote pregresse.

Se invece la richiesta non viene accettata dal comitato rimane la continuità di assistenza fino alla data di comunicazione al medico del trasferimento, in questo caso alla data di applicazione la revoca diviene effettiva ed il recupero delle quote è effettuato a ritroso fino alla data di comunicazione al medico del trasferimento

- Mese di registrazione = n
- Mese di decorrenza = mese emigrazione
- Mese di applicazione = $n+3$
- Mese di efficacia = $n+1$

3. l'assistito conferma la revoca per trasferimento e presenta una dichiarazione insieme al medico che quest'ultimo l'ha assistito fino al giorno in cui gliene è stata data comunicazione, in questo caso alla data di applicazione la revoca diviene effettiva ed il recupero delle quote è effettuato a ritroso fino alla data di comunicazione al medico del trasferimento

- Mese di registrazione = n
- Mese di decorrenza = mese emigrazione
- Mese di applicazione = $n+3$
- Mese di efficacia = $n+1$

4. l'assistito non effettua alcuna azione in questo caso alla data di applicazione la revoca diviene effettiva ed il recupero delle quote è effettuato a ritroso fino a tre mesi prima della data di registrazione.

- Mese di registrazione = n
- Mese di decorrenza = mese emigrazione
- Mese di applicazione = $n+3$
- Mese di efficacia = $n+1$

Dilazione del recupero

Per quanto riguarda la modalità di applicazione del recupero di questi movimenti nel tempo, resta comunque valido il principio per cui il recupero mensile non può superare il 20% dei compensi mensili se non dietro consenso del medico interessato. Quindi il recupero verrà applicato secondo le seguenti regole:

- Con rate mensili di 150 € per importi da recuperare inferiori a 3600 €
- In 24 rate mensili per importi da recuperare superiori a 3600 €

- Nella singola mensilità, se la somma da recuperare genera un recupero maggiore del 20%, essa per la parte eccedente, viene dilazionata al mese successivo
- Per situazioni economico-finanziarie del medico particolarmente difficili, il Responsabile della Medicina di Base della ASL può decidere di gestire le modalità ed i tempi di recupero secondo diverso criterio concordandolo con il medico e sulla base delle linee guida fornite dalla Regione Lazio

2. CONGUAGLI ANNUALI 2001-2002-2003- E 2000 SU RICHIESTA

Per quanto riguarda i conguagli annuali, fino all'anno 2000 compreso, sono stati forniti alle ASL le cifre da conguagliare sullo stipendio dei medici. L'applicazione dei conguagli risulta difforme fra le diverse ASL e non tutte hanno concluso la fase di conguaglio, in particolare alcune ASL hanno riscontrato degli errori nei dati forniti per il conguaglio dell'anno 2000 ed hanno richiesto un ricalcolo delle cifre.

Relativamente agli anni 2001, 2002, 2003, e 2000 dove richiesto, il calcolo del conguaglio è stato effettuato ma ne deve essere ancora data comunicazione alle ASL. Relativamente a questi anni nel procedere all'analisi dei risultati del calcolo effettuato si sono evidenziati due eventi principali che producono una differenza fra le quote pagate e quelle dovute.

Il primo evento riguarda l'errato conteggio, fino alle competenze di gennaio 2003 comprese, del numero di assistiti per i quali è dovuto il pagamento dell'indennità per i minori di quattordici anni. Infatti mentre sulla base dell'accordo, D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, art. 45- A1 comma 4, l'indennità per gli assistiti minori di 14 anni deve essere corrisposta soltanto per le scelte effettuate dal 2 ottobre 2000, data di pubblicazione dell'accordo, dall'analisi delle quote pagate è risultato che l'indennità è stata corrisposta, fino alle competenze di gennaio 2003 comprese, per tutti gli assistiti minori di quattordici anni indipendentemente dalla data in cui è stata effettuata la scelta.

Il secondo evento riguarda invece una incongruenza relativa al numero complessivo degli assistiti pagati mese per mese, fino alle competenze di febbraio 2003 comprese. Dall'analisi effettuata questo numero è risultato diverso dal numero che si ottiene contando uno ad uno gli assistiti in carico al 15 del relativo mese di competenza.

Le modalità di calcolo dei conguagli seguiranno le stesse disposizioni previste per i conguagli automatici mensili che si generano contestualmente ad un evento di scelta e revoca predati, ovvero:

- Calcolo a ritroso delle quote da rimborsare e/o recuperare fino al 1 gennaio 2000.
- Recupero con rate mensili di 150 € per importi da recuperare inferiori a 3600 €
- Recupero in 24 rate mensili per importi da recuperare superiori a 3600 €
- Recupero mensile comunque inferiore al 20% dei compensi mensili se non dietro consenso del medico interessato
- Nella singola mensilità se la somma da recuperare è maggiore del 20% essa per la parte eccedente, viene dilazionata al mese successivo
- Per situazioni economico-finanziarie del medico particolarmente difficili, il Responsabile della Medicina di Base della ASL può decidere di gestire le modalità ed i tempi di recupero secondo diverso criterio concordandolo con il medico e sulla base delle linee guida fornite dalla Regione Lazio

Sulla base della documentazione di verifica allegata alla comunicazione del conguaglio 2000-2003, i medici potranno recarsi presso i propri distretti per richiedere le opportune correzioni. Tali richieste di correzioni dovranno essere accompagnate da appropriata documentazione (tessera sanitaria rilasciata dalla ASL, dichiarazione di assistenza congiunta ,medico assistito ecc.).

La registrazione della correzione genererà un ricalcolo automatico delle quote spettanti con imputazione del relativo rimborso/recupero secondo la tempistica appresso specificata.

Una copia del materiale presentato dal medico per le correzioni verrà riconsegnata al medico con timbro e firma dalla ASL per accettazione.

L'elenco dei movimenti mensili di scelta e revoca, allegato al cedolino delle competenze del mese in cui vengono registrate le correzioni in archivio, costituirà la certificazione di avvenuta effettuazione della correzione e fungerà da liberatoria di responsabilità per il medico nell'eventualità in cui, in un periodo successivo, non dovesse risultare la correzione sul sistema.

Considerato che nella applicazione informatica di gestione nel periodo ante 2003 non veniva mantenuta una profondità storica dei movimenti anagrafici dell'assistito, non è possibile applicare, per i trasferiti intraregionali in cui data di decorrenza e data di registrazione differiscono, la regola del recupero al massimo di 3 mesi rispetto la data di registrazione.

E' comunque possibile effettuare a posteriori una correzione d'archivio, su base documentata (dichiarazione congiunta), che generi contestualmente il rimborso dovuto considerando il suddetto principio di recupero (max 3 mesi antecedenti la data di registrazione per trasferimenti intraregionali).

La procedura di conguaglio 2000 – 2003 sarà gestita secondo la tempistica di seguito indicata:

- 31.07.2004: Consegna ai medici dei tabulati relativi ai conguagli e della documentazione per la verifica comprensiva di un CD che include anche l'elenco degli assistiti al 15.06.2004 (rif. Art 30 comma 1 del DPR 270/2000 e Art 28 comma 1 del DPR 272/2000).
- 01.08.2004 – 30.11.2004: Periodo a disposizione del medico per presentare alla ASL le correzioni eventuali.
- Sulla base delle correzioni effettuate entro il 15.12.2004 sarà prodotta la versione definitiva del conguaglio. Eventuali correzioni in positivo o in negativo che non venissero fatte entro la data suddetta non rientreranno nel conguaglio 2000 – 2003 ma saranno riflesse sui conguagli mensili automatici successivi:
- 16.12.2004 – 15.02.2005: Ricalcolo dei conguagli tenendo conto delle correzioni effettuate fino al 15.12.2004.
- Sulle competenze del mese di febbraio (consegna marzo) verrà imputata la prima rata a recupero e pagato l'intero importo a rimborso, unitamente sarà consegnata la versione cartacea dei tabulati di conguaglio rettificati ed il nuovo CD comprendente anche l'elenco degli assistiti al 15.12.2004 (rif. Art 30 comma 1 del DPR 270/2000 e Art 28 comma 1 del DPR 272/2000)

Si fa presente che tutte le variazioni che intervengono nell'archivio fino al 15.12.2004 avranno efficacia per l'anno 2004 nel mese di competenza in cui vengono registrate mentre per i periodi pregressi, verranno riflesse sul conguaglio 2000 – 2003.

Le variazioni registrate in archivio dal 16.12.2004 in poi rientreranno completamente nelle regole di calcolo dei conguagli automatici mensili previsti dall'attuale procedura.

Documentazione di verifica allegata alla comunicazione dei conguagli 2000 – 2003

A tutti i medici verrà fornito insieme alla comunicazione dei risultati dei conguagli annuali un CD contenente tutte le informazioni sugli assistiti in carico nel periodo di conguaglio.

Su richiesta del medico sarà possibile ottenere presso il proprio distretto la stampa di un tabulato cartaceo, contenente una sintesi delle informazioni contenute sul CD, sottoforma di tabulato storico-anagrafico in cui è riportato l'elenco di tutti gli assistiti in carico nel periodo di conguaglio con indicazione della data di scelta e di eventuale revoca (ingresso e uscita del medico).

3 DELEGAZIONE DI PAGAMENTO RATEIZZATO A SOCIETA' FINANZIARIE

Relativamente alla problematica dei prestiti con delegazione di pagamento la ASL può accettare di effettuare le trattenute sulle competenze del medico ed relativi i versamenti alla società finanziaria a condizione che il medico e la finanziaria sottoscrivono la dichiarazione liberatoria riportata nell'allegato 3.

4 RIENTRO NEL MASSIMALE

Relativamente all'applicazione dell'articolo 45, lettera D, comma 1 si chiarisce che la spettante ai medici per il rientro nel massimale cesserà di essere pagata il 02 ottobre 2004, e cioè al termine dei quattro anni previsti dalla data di pubblicazione dell'accordo.

Si sottolinea inoltre che tale quota spettante ai medici per ogni scelta revocata dall'assistito o d'ufficio non è dovuta nel caso di revoca per decesso.

5 SISTEMA DI GESTIONE DELLE DEROGHE 14 – 16 ANNI PER L'ASSISTENZA PEDIATRICA

Mensilmente, associato con l'elenco dei movimenti, ai medici verrà riportato l'elenco degli assistiti maggiori di 13 anni. La scadenza per la presentazione e registrazione in archivio della domanda di deroga rimane come da DPR 272/2000 entro il compimento del 14° anno.

La mancata registrazione in archivio della domanda entro la data prevista provoca una automatica e immediata revoca del medico.

Alle sole assegnazioni per le quali entro la data di compimento dei 14 anni sia stata presentata al Comitato Aziendale, e registrata in archivio, la richiesta per la deroga 14 – 16 anni sarà applicata una proroga di 6 mesi sull'applicazione della scadenza in modo da conservare il posto all'assistito durante il periodo necessario al Comitato aziendale per riunirsi e deliberare in merito. Se entro tale periodo il Comitato Aziendale non emette alcun parere l'assistito viene comunque revocato alla data corrente (14 anni + 6 mesi).

Per nessun motivo l'assistenza pediatrica può essere estesa oltre il 16° anno di età.

6 ASSEGNAZIONI DEI NUOVI NATI AI PEDIATRI

Sulla base del DPR 272/2000 Art. 27 c, 4 “per i nuovi nati gli effetti economici della prima scelta decorrono dal momento della prima presentazione erogata dal pediatra in regime convenzionale e da questi attestata mediante idonea dichiarazione da consegnare al componente ufficio al momento della effettuazione della prima scelta, in ogni caso la data della decorrenza degli effetti economici non può essere anteriore a 90 giorni antecedenti la scelta”.

La dichiarazione di cui al suddetto articolo può essere effettuata utilizzando in modulo di dichiarazione di continuità assistenziale riportato in allegato (allegato 2).

7 RIENTRO DEI MOMENTANEAMENTE TRASFERITI ALL'ESTERO

Attualmente il Sistema informatico della Medicina di Base, sulla base del DPR 270 Art. 28 c. 1, consente agli assistiti che portano per un temporaneo trasferimento all'estero di rientrare sul medico che li aveva in carico al momento della partenza, anche in deroga al massimale individuale ma comunque non oltre il massimale esteso. Questo modello di gestione dei temporanei trasferimenti all'estero genera un disservizio agli assistiti nel momento in cui questi al loro rientro dall'estero trovano che il medico ha raggiunto il massimale esteso e pertanto devono scegliere un altro medico.

Per ovviare a quanto sopra, per gli assistiti che si recano temporaneamente all'estero verrà sospesa l'assistenza del medico di loro scelta per un periodo di 12 mesi.

Questa sospensione avverrà con effetto immediato e non retroattivo al momento e su dichiarazione dell'assistito che richiede un modello per l'assistenza all'estero. Al momento della richiesta di assistenza all'estero. Al momento della richiesta di assistenza all'estero l'assistito dovrà essere sospeso con motivazione “trasferimento all'estero”. Il sistema registra la sospensione con applicazione immediata a partire dalla data di partenza per l'estero.

Al fine di conservare il posto all'assistito figura come temporaneamente sospeso per trasferimento all'estero a decorrere dalla data di trasferimento e fino ad un massimo di un anno da tale data.

Al medico vengono regolarmente comunicati questi casi di sospensione, all'interno delle comunicazioni mensili associate al cedolino stipendio (movimenti intervenuti nel mese).

Negli elenchi degli assistiti in carico al medico continuano a essere riportati gli assistiti temporaneamente sospesi con la dicitura “Trasferito all'estero” ma essi non vengono riflessi nel calcolo delle quote e compensi dovuti per tutto il periodo di permanenza in questo stato.

Al rientro dell'assistito il sistema permette di riassegnarli lo stesso medico se non sono passati più di 12 mesi della sospensione e riporta il max in deroga al numero originario (nell'esempio =75), altrimenti se sono trascorsi più di 12 mesi dalla sospensione il medico viene revocato e potrà essere scelto secondo le modalità standard anche in deroga al massimale. L'assegnazione con deroga non può tuttavia superare il massimale esteso. L'assegnazione con deroga non può tuttavia superare il massimale esteso nel qual caso l'assistito dovrà scegliere un nuovo medico.

L'elenco delle sospensioni viene inviato mensilmente al medico.

Roma 23 giugno 2004

Le sottoscritte OOSS firmatarie del Protocollo Operativo della Medicina di Base e Pediatria di libera scelta, relativamente al Tavolo Tecnico della medicina generale e Pediatria, istituito con D.G.R. n. 142 del 27 febbraio 2004, confermano la validità della firma sul documento di cui sopra, sottoscritto in data odierna, all'applicazione e completa attuazione della Determina Regionale della Direzione Regionale competente, relativa allo stanziamento dei fondi per la formazione, previsti dai D.G.R. n. 115602 e D.G.R. n. 775/03

SNAMI

INTESA SINDACALE

FIMMG

FIMP

FEDERAZIONE MEDICI

CIPE

ALLEGATO 1

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE DI SEGNALAZIONE DI DECESSO

Spett.le
ASL
Via
Sede

Il sottoscritto.....nato a

IlCF.....residente in.....

Via.....in qualità di:

- a. medico di base
- b. familiare

del defunto comunica a codesta struttura che l'assistito.....

Codice Regionale.....CF.....

È deceduto il.....

Data il.....

In fede

.....

Per accettazione da parte della ASL
Firma

.....

ALLEGATO 2

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Spett.le
ASL
Via
Sede

Dichiarazione dell'assistito

Il sottoscritto.....nato a
Il.....Codice regionale.....CF.....
Residente in.....via.....
Dichiara di essere stato assistito dal Dott.....codice regionale.....
Dalal.....
Data li.....

In fede

.....

Dichiarazione del medico

Il sottoscritto Dott.....nato a
IlCodice Regionale.....CF.....
Residente in via.....
Dichiara di aver assistito.....Codice Regionale.....
Dal.....al.....
Data li.....

In fede

.....

Spett.le
ASL
Via
Sede

Data li.....

Oggetto: Trattenute sulle competenze ai fini del pagamento di ratei relativi e prestiti e mutui

Il sottoscritto Dott.....nato a

IlCod.Reg.....CF.....

Residente in.....via.....

Autorizza codesta ASL ad effettuare trattenute sulle proprie competenze mensili per l'importo mensile di Euro.....sino alla concorrenza complessiva di Euro.....

Le suddette quote mensili dovranno essere detratte dall'importo netto risultante sulle competenze mensili dopo le eventuali trattenute di spettanza della ASL e dopo l'applicazione delle ritenute previdenziali e fiscali.

Il sottoscritto solleva la ASL, la Regione Lazio e Laziomatica SPA gestore del Sistema Informativo della Medicina di Base da responsabilità relative al mancato versamento alla società finanziaria sotto indicata nel caso di mancanza della copertura delle quote da detrarre ed alla cessazione del rapporto con la ASL.

In fede

Dott.....

Dichiarazione della Società Finanziaria

La società....., preso atto di quanto sopra, dichiara di non aver nulla a pretendere dalla ASL, dalla Regione Lazio e da Laziomatica gestore del Sistema Informativo della Medicina di Base, nel caso in cui per mancanza di copertura non venissero pagate le quote mensili e al termine del rapporto di lavoro tra la ASL ed il medico.

Estremi per il versamento della quota attraverso Bonifico bancario con causale quota mensile mutuo.....

Conto n.....

Agenzia.....

Abi.....Cab.....Cin.....

Firma

.....

Per accettazione da parte della ASL

Firma

.....

Per approvazione:

Dipartimento Sociale
Direzione Regionale Servizio Sanitario Regionale
Area 4B3 Gestione personale servizio
Sanitario regionale e accordi collettivi

laziom@tica

Laziomatica S.p.A.
Via Rosa Raimondi Garibaldi,7
00146 Roma

Sigle Sindacali:

FIMMG

SNAMI

FEDERAZIONE
MEDICI

INTESA
SINDACALE

FIMP

CIPE