

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA
REGGIO FIMMG EMILIA
MEDICI MEDICINA GENERALE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
EMERGENZA SANITARIA DINAMICA MEDICA TERRITORIALE
Tel. 0522/301022 CF 80033050354
E-Mail fimmg@tin.it WEB <http://www.coopimmg.ca.it>
Via Dalmazia 101 42100 REGGIO EMILIA

*Sindacato Medici
Italiani ER*



ACCORDI AZIENDALI 2007-2010

OBIETTIVI 2010

Medici di Medicina Generale

I presenti accordi tra l'Azienda U.S.L., FIMMG, ^{SMAI} ~~Federazione Medici e~~ ^{Sindacato Medici Italiani} SNAMI considerano le esigenze relative a entrambe le parti e sanciscono gli impegni conseguenti.

Tutti gli attori coinvolti sono impegnati, con azioni coerenti e sinergiche, a
rispettare i contenuti dei presenti accordi,
a garantire l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili,
a presidiare la qualità delle prestazioni sanitarie di competenza erogate,
a migliorarne l'accessibilità per i cittadini fruitori,
ed a mettere in atto tutte le azioni necessarie ad assicurarne la continuità.

❖ **INCENTIVI PREVISTI DALL'ACCORDO REGIONALE:**

1) Sviluppo dei Nuclei di cure primarie

1.A) disponibilità all'integrazione, all'accettazione della logica interprofessionale del Nucleo di Cure Primarie:

€ 1/assistito/anno:

Il compenso verrà erogato, come anticipo mensile pari al 50%, suddiviso in dodicesimi, salvo conguaglio negativo qualora l'obiettivo non risulti pienamente raggiunto.

Indicatori:

- sottoscrizione ALLEGATO 1 (si considerano validi quelli già raccolti. Chi non l'ha ancora sottoscritto può farlo);
- presa in carico di pazienti inseriti nei percorsi di cura attivati nei distretti, secondo i criteri definiti dal percorso stesso;
- attivazione progetti di assistenza domiciliare integrata di II e III livello a favore di utenti che presentano bisogni assistenziali complessi;
- partecipazione ad almeno 3 incontri di NCP (compresi gli incontri sui Profili di NCP) su un minimo di 5 organizzati, da riconoscere anche come formazione sul campo

Gli indicatori devono essere raggiunti tutti.

Fanno eccezione i MMG con numero di assistiti < 300 per i quali è sufficiente, ai fini dell'incentivo, la sottoscrizione del modulo di adesione.

Gli incontri di NCP e quelli formativi obbligatori (cioè necessari per raggiungere gli obiettivi 1.A e dal 5 al 15) non devono essere globalmente superiori rispettivamente a 3+5, devono essere svolti di norma in orario di lavoro e preferibilmente non di sabato.

1.B) disponibilità all'allacciamento alla rete informatica:

€ 0.30/assistito/anno: "per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica sia tra i medici del nucleo che tra questi e la rete aziendale".

Il compenso sarà erogato, come anticipo mensile pari al 50%, suddiviso in dodicesimi, salvo conguaglio negativo qualora l'obiettivo non risulti pienamente raggiunto

Indicatori:

- compilazione modulo attestante la disponibilità (allegato 1 AIR).
Si considerano validi quelli già raccolti. Chi non l'ha ancora sottoscritto può farlo.

2) Facilitazione dell'accesso:

✓ **Per la 7^a ora:**

€ 1/assistito/anno per medico.

Si concorda che la 7^a ora deve essere garantita nell'arco delle 12 ore diurne, mediante il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici associati. Le 7 ore giornaliere devono essere distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio dalle ore 8 alle 13 e dalle 13 alle 19, con un minimo di 2 ore per fascia garantita dalla forma associativa.

✓ **Per la 8^a e 9^a ora** (medicines di rete con struttura) svolte dalle 13 alle 15 e finalizzate a ricettazione farmaci urgenti o terapia continuativa e piccole urgenze ambulatoriali ed infermieristiche.

€ 1/assistito/ora/anno.

✓ **Per la 8^a-12^a ora** (solo per medicine di gruppo)

€ 1/assistito/ora/anno per MMG

I MMG (in medicina in rete, rete con struttura e di gruppo) per ottenere l'incentivo devono presentare richiesta. Si considerano valide le richieste già inviate.

3) Progetto Sole

€ 5/assistito/anno, con erogazione mensile dell'incentivo dalla data dell'allacciamento.

Per il raggiungimento dell'obiettivo è necessario:

- Prescrizione con modalità SOLE dell' 80% delle prescrizioni di specialistica effettuate nell'intero anno 2010, al netto di blocchi del programma o della linea per problemi tecnici segnalati dai MMG entro 30 giorni dal verificarsi del problema (all'indirizzo helpdeskmedici@progetto-sole.it). L'AUSL semestralmente fornisce ai MMG un Report sulla situazione. Ai MMG che non possono usufruire dell'ADSL tradizionale via cavo, l'AUSL provvederà a fornirla attraverso altra tecnologia attualmente disponibile a basso costo. La percentuale prevista si applicherà, in questi casi, solo alle prescrizioni effettuate dall'atto dell'attivazione.

4) Fondo di ponderazione

€ 3.08/assistito/anno erogato in quote mensili anticipate.

4.A) 20% per l'adesione al progetto di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare Globale con compilazione della Carta di calcolo del Rischio Cardiovascolare

La Carta del Rischio Cardiovascolare va applicata alla popolazione con età compresa tra i 35 e i 69 anni.

Indicatore:

Il Coordinatore di NCP a fine anno presenterà al Direttore di Dipartimento Cure Primarie i dati del calcolo del rischio CV di tutti i MMG, per avere un quadro, seppure parziale, di come si stratifica la popolazione del Nucleo per il Rischio Cardiovascolare.

Trattandosi di obiettivo individuale, la soglia minima per il 2010 è $\geq 10\%$ degli assistiti fra i 35 ed i 69 anni al 01.01.2010, compresi i pazienti ai quali è stato calcolato il rischio negli anni precedenti. Sono da considerarsi validi ai fini del calcolo della percentuale i pazienti per i quali il programma abbia restituito un valore del rischio.

L'AUSL si impegna a far sì che i calcolatori delle singole cartelle informatizzate utilizzate dai MMG siano omogeneizzati con quello del Ministero della Salute "cuore.exe" e garantiscano un'estrazione statistica dei dati.

4.B) 20% per l'attività di educazione permanente agli adeguati stili di vita:

progetti di counselling:

- LOTTA ALL'ALCOLISMO

L'obiettivo generale dello studio è di sensibilizzare i MMG sulle problematiche alcol correlate, con il miglioramento della diagnosi e della gestione del paziente con problemi alcol correlati, e nello specifico identificare i pazienti con alto consumo di alcolici e situazioni a rischio.

L'intervento prevede la somministrazione del QUESTIONARIO DELLA SALUTE da parte del MMG a pazienti di età compresa tra i 14 anni e 69 anni, con equa distribuzione fra maschi e femmine in relazione alla distribuzione della popolazione generale. Il questionario deve essere proposto a 4 pazienti che si recano consecutivamente in ambulatorio in una settimana scelta dal Medico stesso nel corso del 2010.

Utilizzato insieme a un breve colloquio, il Questionario consente di identificare nell'ambito della popolazione degli assistiti due gruppi per i quali è diverso la tipologia dell'intervento:

PAZIENTI AD ALTO RISCHIO: danno e allarme per la salute / Alcolisti e forti bevitori.

A. consegna di materiale;

B. consigli relativi alla necessità di sospendere l'assunzione di alcolici;

C. Trattamento (invio a Sert o servizi specifici Alcolologici e/o gruppi di auto-mutuo aiuto).

PAZIENTI A BASSO RISCHIO: consumatori moderati. Consegna di materiale e consigli relativi alla riduzione del consumo di alcolici.

PER TUTTI: il MMG deve registrare l'intervento sulla scheda informatica del paziente

- a. registrazione nel "diario clinico" → "motivo della visita": "counselling per l'alcol".
- b. registrare nella pagina delle "misure" le Unità Alcoliche / Grammi di alcol assunti in una giornata.

Tutto il materiale del progetto, incluso un foglio di consigli, verrà inviato via email dall'AUSL ai MMG.

Indicatori:

1) Ciascun medico consegnerà al proprio coordinatore di NCP l'elaborazione dei dati raccolti attraverso la compilazione delle schede (allegato 2) di registrazione del consiglio dato al paziente.

La rilevazione riguarda semplici variabili da indicare sulla scheda:

nome (iniziali), età, sesso, data di somministrazione del questionario e del consiglio.

I *consigli* proposti sono indicati con dei numeri:

1 = ridurre il bere

2 = smettere di bere

3 = invio ad una struttura sanitaria competente (es. Servizio di Alcolologia, SERT,)

4 = invio ai gruppi di auto/mutuo aiuto (AA: Alcolisti Anonimi o CAT: Club di Alcolisti in Trattamento o Al-Anon).

2) Il coordinatore farà una relazione con tutti i dati del proprio NCP da restituire e da discutere durante un incontro di NCP.

L'obiettivo si intende raggiunto se il MMG consegna l'elaborazione dei dati raccolti attraverso la compilazione delle schede di registrazione del consiglio dato al paziente (contrassegnate solo con le iniziali) e partecipa all'incontro di NCP.

4.C) 20% per l'adesione al Progetto di ricerca finalizzata Follow Up del tumore della mammella nelle donne a basso rischio di recidiva

Indicatori:

- 1) sottoscrizione del modulo di adesione (si considerano validi quelli già raccolti. Chi non l'ha ancora sottoscritto può farlo);
- 2) partecipazione al secondo modulo di formazione (un ulteriore evento di recupero sarà organizzato solo se sarà garantita una partecipazione minima di 5 persone).

4.D) 25% per l'applicazione della direttiva 2142/2000:

corretta compilazione della richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali. La richiesta deve contenere il quesito diagnostico o motivazione clinica ed il codice di priorità di accesso.

Indicatore: su un campione di impegnative compilate in 2 settimane campione (o più se non ci sono elementi di giudizio), una del primo e una del secondo semestre dell'anno, le impegnative compilate correttamente dovranno essere almeno l'85% (con esclusione dei periodi di sostituzione) delle totali del singolo medico.

4.E) 15% per l'adesione al progetto sui Profili di salute dei NCP (Jefferson University e Regione Emilia Romagna):

Indicatori:

- partecipazione ad almeno due incontri specifici sui profili di NCP;
- presentazione da parte del coordinatore di NCP del progetto elaborato secondo schema predefinito;
- relazione dei coordinatori di NCP al Direttore di Dipartimento Cure Primarie che dimostri i primi risultati ottenuti e metta in evidenza il contributo dei singoli MMG.

L'obiettivo si intende raggiunto se il MMG partecipa agli incontri e consegna al coordinatore i dati per la predisposizione del progetto, utilizzando l'apposito modulo.

❖ INCENTIVI PREVISTI DALL'ACCORDO LOCALE

Nel caso in cui i MMG non abbiano partecipato ad almeno il **60% degli eventi formativi** distrettuali organizzati dall'Azienda nell'anno 2010 ed inseriti nel PAF non percepiranno alcun incentivo. Ogni medico deve partecipare ad almeno 5 eventi su 8, anche se ne sono stati organizzati più di otto. Il MMG può recuperare eventi anche negli altri distretti inviando preventiva richiesta email al proprio Direttore di DCP ed a quello ove si svolge l'evento. Il referente distrettuale della formazione dovrà dare comunicazione degli eventi formativi organizzati, con largo anticipo e tramite utilizzo della posta elettronica aziendale. L'AUSL si impegna a rendere disponibile on-line il Piano Annuale della Formazione, precedentemente approvato dal Comitato Aziendale, onde consentire ai MMG di poter meglio programmare la propria partecipazione.

OBIETTIVI REMUNERATI PER CASO TRATTATO/PRESO IN CARICO

PERCORSI DI CURA (il compenso si intende per caso preso in carico. La notulazione è annuale).

5) paziente oncologico:

- € 124 per la presa in carico in ADI III (sono 89,40 € in aggiunta rispetto ai 34,60 € previsti dall'ACN per l'attivazione), oltre agli accessi ADI III.

Indicatore:

prima visita congiunta MMG e infermiere del SID con formulazione del PAI per ogni attivazione di assistenza domiciliare oncologica (dati desumibili da ASSDOM)

- € 50 per caso seguito in collaborazione con il palliativista di riferimento ("2^a opinione palliativa inter pares")

Indicatore per l'anno 2010:

- attivazione della consulenza palliativa che può avvenire in due modalità:
chiedendo al consulente palliativista un accesso domiciliare o presentando telefonicamente al consulente palliativista il caso ADI (e non solo segnalandolo con dati anagrafici e di diagnosi);
- partecipazione ad incontro con il ROAD e il consulente palliativista per la discussione di casi relativi a pazienti in carico (propri assistiti); all'incontro possono partecipare anche altri professionisti. L'incentivo può essere erogato se sussiste una o l'altra delle due condizioni esplicitate.

- € 170 per caso seguito all'interno dello studio sul Follow Up del tumore della mammella.

Indicatore per l'anno 2010: evidenza da base dati del Centro di Coordinamento del progetto

6) gestione integrata del diabete:

Compenso 120 € per caso in carico

Indicatore:

presa in carico del paziente secondo le nuove Linee Guida regionali con chiamata attiva e compilazione della scheda di monitoraggio individuale annuale, prevista dall'accordo regionale.

Se il MMG ha in carico più di 30 pz. Diabetici percepirà **160 €** per tutti i casi in carico perché si ritiene che tale numero comporti una presa in carico con una organizzazione articolata dell'ambulatorio dedicato.

La remunerazione di 160 € è prevista per chi ha più di 30 pazienti in carico al 30/06/10.

7) scompenso cardiaco:

€ 100 per caso in carico

Indicatore: presa in carico dei casi come da protocollo. Verranno remunerati i singoli casi a notula annuale con dichiarazione dei controlli effettuati sull'apposito schema, allegato, verificati mediante incrocio con registro scompeso.

Classe I: devono essere effettuati almeno 2 controlli annuali dal MMG (€ 50 per accesso)

Classe II: devono essere effettuati almeno 3-4 controlli annuali dal MMG (€ 33,33 o 25 € per accesso)
Classe III: devono essere effettuati almeno 4 controlli annuali dal MMG (€ 25 per accesso)
Classe IV: sono pazienti in ADI, pertanto, si andranno a verificare i contratti ADI aperti.
Per gli arruolati o i deceduti in corso d'anno si andrà a riconoscere il compenso sopra specificato per gli accessi effettuati nel 2010, fatto salvo che la frequenza degli accessi rispetti quella prevista dal protocollo.

8) insufficienza respiratoria cronica (IRC):
€ 100 per caso in carico

Indicatore: presa in carico dei casi come da protocollo. Verranno remunerati i singoli casi a notula annuale con dichiarazione dei controlli effettuati sull'apposito schema allegato, mediante incrocio con registro insufficienza respiratoria cronica.

9) insufficienza renale (pirp):
€ 50 per caso in carico.

Indicatore: presa in carico dei casi come da protocollo che sarà rivisto in corso d'anno e che sarà presentato dal Coordinatore ai MMG del NCP. Notula annuale delle schede di attivazione dei pazienti presi in carico incrociati con i dati in possesso della SOC di Nefrologia.

10) gestione pazienti in tao:

- € 50 per paziente gestito dal MMG, ma che si reca al centro prelievi del Laboratorio per effettuare le analisi;
- € 70 per paziente gestito direttamente dal MMG di medicina di gruppo o in rete con struttura, mediante utilizzo di apparecchiature fornite dall'Azienda.

Indicatore: notula annuale ed incrocio con dati registrati sul sw gestionale dell'apparecchiatura. Controllo dei nomi dei pazienti inseriti nello schema da ciascun MMG col centro di riferimento.

TUTTI I PERCORSI SONO A NOTULA ANNUALE

In caso di mancata attivazione dei percorsi integrati da parte dello specialista, il MMG inviante segnalerà il mancato arruolamento al proprio Direttore di Dipartimento Cure Primarie, entro breve tempo. Le notule debbono riportare anche le date dei controlli periodici effettuati dai MMG secondo le cadenze previste dagli specifici progetti.

11) partecipazione all'unità' di valutazione multidimensionale (uvm)
35 € per caso valutato.

Indicatore: notulazione annuale in base ai dati forniti dal SAA. Poiché i MMG non tengono notulati i casi di UVM che fanno, si chiede ai comuni l'elenco dei nomi dei pazienti e MMG. Remunerato come accesso ADI III (accordo 2007).

12) Collaborazione con il Centro Distrettuale per i Disturbi Cognitivi

Per far fronte all'aumento delle richieste di prima vista presso i centri disturbi cognitivi distrettuali, si dilazionano i controlli APA, effettuati da parte del medico geriatra, ogni 4 mesi anziché ogni 2 mesi come accade ora. Il controllo al 2° mese (e quindi 6° e 10°), per valutare l'andamento dei disturbi del comportamento (che potranno essere invariati, migliorati o peggiorati) e monitorare le condizioni cliniche, necessario per il rinnovo del PT, viene effettuato dal MMG dell'assistito a fronte di un compenso pari ad un accesso domiciliare ADI (30 euro).

Per agevolare il lavoro del medico verrà fornita una modulistica pre-impostata. Il familiare potrà consegnare direttamente il documento al Centro o inviarlo tramite Fax. Il piano terapeutico sarà compilato dal geriatra del CDDC in base alle informazioni ricevute ed inviato direttamente al Dipartimento Farmaceutico.

Indicatore: non sarà necessario notulare ma verrà tenuta registrazione da parte del DCP.

PROGETTI PER I QUALI SI RICONOSCE IL MAGGIOR IMPEGNO PROFESSIONALE CON REMUNERAZIONE PER ASSISTITO IN CARICO (numero scelte)

Il compenso verrà erogato, come anticipo mensile pari al 50%, suddiviso in dodicesimi, salvo conguaglio negativo qualora l'obiettivo non risulti pienamente raggiunto.

13) paziente con disturbi psichiatrici minori – “progetto Leggieri”

€ 0,50/assistito/anno: adesione al progetto da parte del singolo MMG.

Indicatore: almeno un'attivazione di consulenza psichiatrica e/o dello psichiatra di NCP ove attivato.

Dati forniti dal DSM.

Obiettivo individuale.

14) screening del cancro del colon retto

€ 0,28/assistito/anno

Indicatore: attestazione da parte del medico di aver contattato gli assistiti che non hanno aderito allo screening, e restituzione da parte del MMG dell'elenco anominativo delle motivazioni del rifiuto al Direttore di Dipartimento CP.

Gli elenchi verranno inviati semestralmente al MMG.

Obiettivo individuale.

15) appropriatezza prescrizione farmaceutica

(a ognuno dei seguenti 3 indicatori è attribuito un peso relativo di 1/3 di € 1,15/assistito/anno)

15.1) aumento della prescrizione degli inibitori di pompa e delle statine generici (con brevetto scaduto) rispetto ai non generici

Indicatore: miglioramento del rapporto generico-genericabile (con brevetto scaduto)/ PPI in toto, 2010 rispetto 2009.

Obiettivo di NCP, raggiunto se si migliora il rapporto o si sta sopra la media aziendale 2010.

L'azienda USL si impegna a verificare le prescrizioni degli specialisti AUSL e ASMN con controlli a campione sulle lettere di dimissione e sulle relazioni degli specialisti ai curanti, e a fornire gli esiti delle verifiche al Comitato Aziendale. Qualora dovesse emergere un livello di induzione significativa da parte degli specialisti, tale dato sarà messo in relazione con le valutazioni dei risultati dei singoli NCP per prendere in considerazione in Comitato Aziendale il raggiungimento dell'obiettivo.

15.2) continuità dell'uso delle statine

(efficacia dimostrata da letteratura solo dopo un utilizzo di almeno 5 anni)

Indicatore: n° pazienti che hanno continuato il trattamento fino a fine anno/n° pazienti in trattamento a inizio anno (in base alle prescrizioni effettuate nell'ultimo trimestre dell'anno precedente)

Standard > 80%.

Obiettivo di NCP.

15.3) riduzione della prescrizione di sartani rispetto alla prescrizione di ACE-INIBITORI

Indicatore: rapporto tra DDD/1000 assistibili die pesate di sartani e DDD/1000 assistibili die pesate di ACE-INIBITORI.

Standard: il valore di tale rapporto per NCP deve migliorare rispetto all'anno precedente (cioè diminuire).

Obiettivo di NCP, raggiunto se si migliora il risultato o si sta sotto la media aziendale.

L'azienda USL si impegna a verificare le prescrizioni degli specialisti AUSL e ASMN con

controlli a campione sulle lettere di dimissione e sulle relazioni degli specialisti ai curanti, e a fornire gli esiti delle verifiche al Comitato Aziendale. Qualora dovesse emergere un livello di induzione significativa da parte degli specialisti, tale dato sarà messo in relazione con le valutazioni dei risultati dei singoli NCP per prendere in considerazione in Comitato Aziendale il raggiungimento dell'obiettivo.

16) appropriatezza prescrizione specialistica

€ 1,15/assistito/anno

Corretta applicazione dei criteri di accesso alle prestazioni di prima visita Oculistica, definiti dal gruppo di lavoro interaziendale multidisciplinare.

Indicatore: presenza del quesito diagnostico coerente con i criteri definiti. Si andranno a valutare le richieste relative a prescrizioni effettuate in due settimane a campione (o più se non ci sono elementi di giudizio), una del primo e una del secondo semestre dell'anno.
Standard $\geq 75\%$

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEGLI INCENTIVI:

Il pagamento degli incentivi sotto elencati

- Sviluppo dei Nuclei di cure Primarie = 1,00 + 0,30 €

- Progetti per i quali si riconosce maggior impegno professionale = 3,08 €

Per un totale di **4,38 €** /pro capite saranno erogate nel seguente modo:

- Il 50% anticipato in rate mensili (salvo esito consultazione generale dei medici circa pagamento solo a saldo post verifica del raggiungimento obiettivi)
- Il restante 50% sarà conguagliato alla fine dell'anno previo raggiungimento degli obiettivi.

Si ricorda che il fondo di ponderazione, corrispondente a 3,08 €/assistito/anno è completamente erogato in quote mensili anticipate.

Incentivi previsti dall'Accordo Locale ai sensi del Punto N. 4 dell'AIR.

Ex accordo aziendale 2007-2010, il fondo destinato alla remunerazione degli obiettivi previsti dagli accordi locali per il 2010 è lo stesso previsto per il 2007, implementato del 3% annuo per i successivi anni 2008 - 2010.

Nota Finale 1 - *Compenso Coordinatori di NCP: la valutazione del raggiungimento del 70% degli obiettivi da parte del NCP, che dà diritto all'assegnazione al Coordinatore di una maggiorazione del 20% del compenso a fine anno, andrà ponderata sul numero degli assistiti di singoli medici del NCP e comunque il Direttore di Dipartimento Cure Primarie potrà esprimere un giudizio complessivo sull'operato del Coordinatore e proporre al Comitato Aziendale eventuali modifiche rispetto al raggiungimento degli obiettivi annuali del Coordinatore.*

Nota Finale 2 - *Per consentire ai Direttori di Dipartimento Cure Primarie e ai Coordinatori di NCP di predisporre la documentazione utile ai fini della verifica degli obiettivi, la consegna del materiale definito nell'Accordo dovrà essere fatta entro il 28 Febbraio 2011.*

I Direttori di Dipartimento Cure Primarie e i Coordinatori di NCP dovranno far pervenire le valutazioni sul raggiungimento degli obiettivi entro il 31 Marzo 2011.

Nota finale 3 - *l'AUSL di Reggio Emilia chiederà a tutti i MMG se è loro intenzione non aderire al presente accordo sugli obiettivi 2010. Ai MMG sarà chiesto di dare risposta entro un mese dalla data di firma del presente accordo. Ai MMG che risponderanno che non intendono aderire all'accordo, non saranno più corrisposte le quote mensili anticipate di incentivo, con recupero di quelle già saldate, e non si procederà alla verifica del raggiungimento degli obiettivi 2010.*

Per i MMG che non daranno alcuna comunicazione relativa alla non adesione sarà a tutti gli effetti vigente il presente accordo, pertanto l'AUSL continuerà a corrispondere le quote anticipate degli incentivi e procederà alla verifica del raggiungimento degli obiettivi, secondo le modalità sopra descritte, ai fini della corresponsione dei relativi incentivi.

Reggio Emilia, li

22 GIU. 2010

Per l'AZIENDA USL
di Reggio Emilia

Per la FIMMG
di Reggio Emilia

Per lo SMI
di Reggio Emilia

Per lo SNAMI
di Reggio Emilia

IL DIRETTORE
GENERALE

IL SEGRETARIO
GENERALE
PROVINCIALE

IL SEGRETARIO
PROVINCIALE

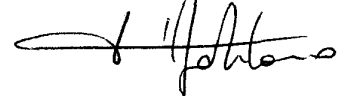
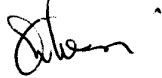
IL PRESIDENTE
PROVINCIALE

Dr.ssa Mariella
Martini

Dr. Euro Grassi

Dr. Alessandro Chiari

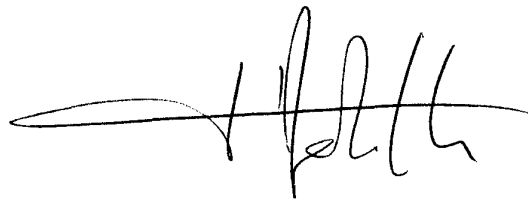
Dr. Antonio D'Apote



DICHIARAZIONE A VERBALE SNAMI

Il Sindacato SNAMI di Reggio Emilia, sottoscrive con riserva con firma "tecnica" gli Obiettivi 2010, per evitare ai MMG rischi economici, pur non avendo potuto partecipare alle trattative del 2007, del 2008 e del 2009 non avendo sottoscritto a livello Nazionale l'ACN del 2005.

SNAMI vede con soddisfazione che in questa ultima stesura, sono stati accolti alcuni emendamenti migliorativi proposti.

A handwritten signature in black ink, consisting of a long horizontal stroke followed by several vertical and diagonal strokes, likely representing the name of the signatory.