

Novità nell'assistenza e nell'organizzazione della Pediatria di Famiglia

... ovvero tempi moderni

1979

PRIMA CONVENZIONE PER LA PEDIATRIA
EXTRAOSPEDALIERA
("Pediatria di libera scelta")

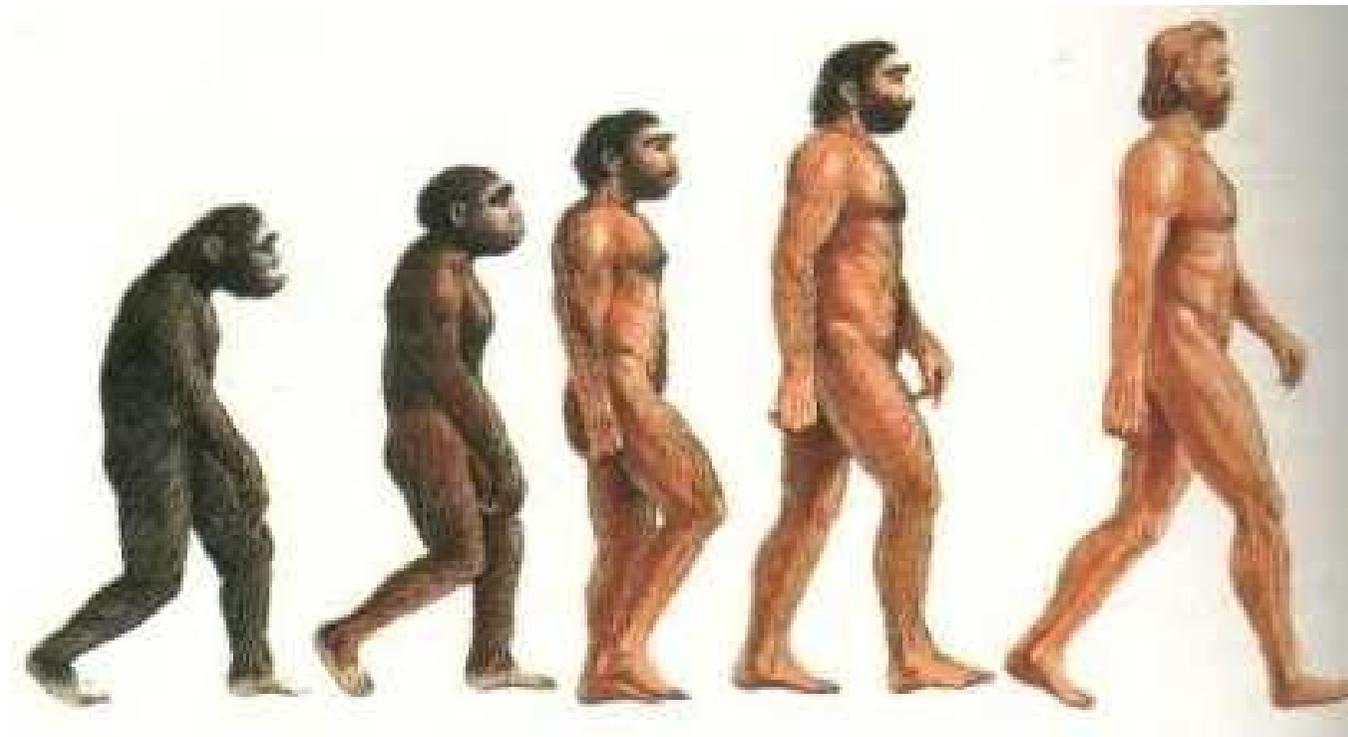


Ancorata totalmente agli schemi che
normano la medicina generale

L'assistenza al bambino (**0-12 anni**) è
affidata **anche** al pediatra

Nel panorama dell'assistenza ai
bambini ...

Compare una nuova specie e
rapidamente evolve ...



1981

**NUOVO ACCORDO TRA
F.I.M.P.
E PARTE PUBBLICA**



**Sancisce il principio dell'esclusiva
0-6 anni**

**I bambini da 6 a 12 anni possono
continuare ad essere assistiti **anche** dal
medico generale**

1996

**NUOVO ACCORDO TRA
F.I.M.P.
E PARTE PUBBLICA**

**Modifica notevolmente la
pediatria di famiglia**

**Per la prima volta si apprezza una netta
separazione rispetto alla convenzione per
la medicina generale**

Ma molte cose sono cambiate del 1979 ad oggi ...

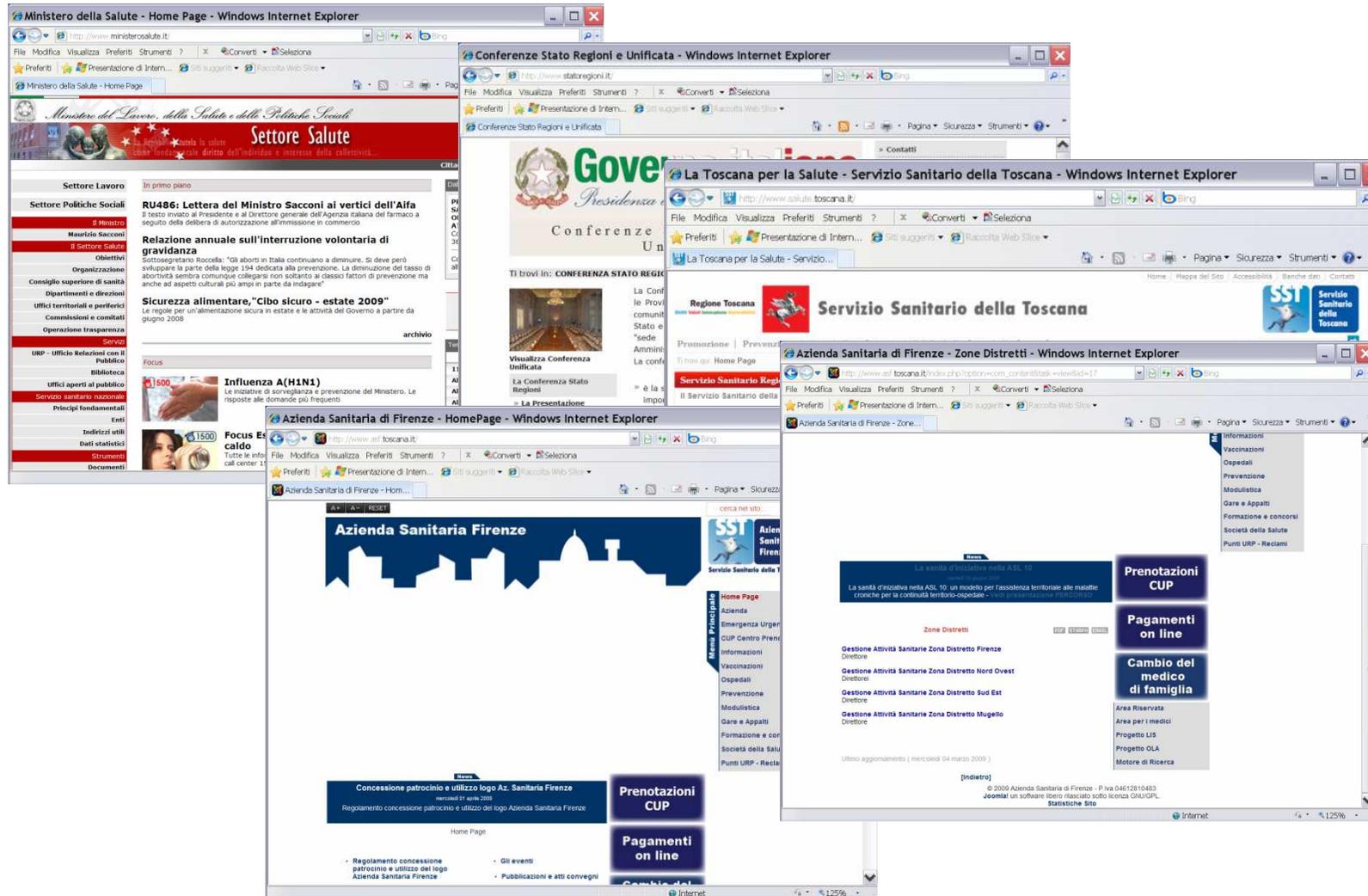
- *La società: lo stato economico e sociale delle persone, il modo di vivere ...*
- *La tipologia dei ...*
- *Le famiglie*
- *Le malattie o meglio le patologie*
- *Le conoscenze scientifiche*
- *Le possibilità tecnologiche*
- *L'impatto del sistema sanitario e soprattutto la politica economica ...*
- *Noi stessi*

Bisogni

Mandato



Oggi i livelli di contrattazione sono molto più complessi



•ART. 4 - NEGOZIAZIONE REGIONALE.

•1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici:

a) le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali, con le modalità previste dall'articolo precedente;

b) l'attuazione di quanto indicato dall'art. 6;

c) l'organizzazione della funzione di tutela della popolazione infantile, **concorrendo, con le altre**

componenti professionali, alla realizzazione degli obiettivi del programma distrettuale di attività al fine di garantire la continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;

d) definizione delle modalità per garantire la continuità assistenziale, anche mediante iniziative di associazionismo medico, **in collegamento con lo specifico servizio presente a livello territoriale;**

Alcune leggi “obbligano” i Contratti
e gli Accordi Collettivi ad andare in
una certa direzione

Durata

L'entrata in vigore e la durata dell'ACN

(Articolo 11). L'articolo è stato modificato realizzando una frase generica visto che per quanto attiene l'entrata in vigore e la durata dell'accordo esiste la specifica disposizione di legge contenuta nell'articolo 1, comma 178, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Legge 30 dicembre 2004 n. 311. Art. 1, c. 178. «Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. **Detti accordi hanno durata quadriennale per la parte normativa e durata biennale per la parte economica.** In sede di prima applicazione la durata, per le parti normativa ed economica, è definita fino al 31 dicembre 2005».

ART. 58 TER – TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA

- Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei medici-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 13 bis, comma 5.
- In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.
- L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.

Legge 6 agosto 2008, n. 133. Articolo 79, comma 2. Al fine di procedere al rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per il biennio economico 2006-2007, il livello del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui al comma 1, **e' incrementato di 184 milioni di euro per l'anno 2009 e di 69 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010,** anche per **l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica,** di cui al comma *5-bis dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.*

Alcuni “punti caldi” del nuovo ACN

**Aggregazioni Funzionali
Territoriali di Pediatria
Unità Complesse di Cure
Primarie**

Flusso informativo

ART. 26 BIS – AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA.

- Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli pediatri per il conseguimento degli obiettivi di assistenza
- **I pediatri partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.**
- **Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali, facendo riferimento alla specificità delle realtà locali.**
- L'attività dell'aggregazione funzionale è coordinata da un pediatra di famiglia.
- Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei pediatri alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3, nonché la scelta del coordinatore di cui al comma 4.

- L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 (omissis) attraverso:

- L'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica** per l'avvio dei processi di riorganizzazione;

- La condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;

- La partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma 6.

C'è un obbligo di modifica della struttura del lavoro?

in nessuna parte dell'ACN è previsto che si modifichi l'attuale sistema di articolazione oraria e settimanale di apertura degli studi, al di là del tipo di articolazione associativa (AFT ovvero UCCP).

Un esempio di cosa si può intendere per “aggregazione funzionale”

In regione Toscana sono stati approvati due progetti che i pediatri implementeranno nel 2010:

- 1. Autismo:** depistaggio precoce di soggetti con possibile rischio di evoluzione ...
- 2. Obesità:** “bilancio al cronico” con valutazione di alcuni parametri al BDS dei 10 anni e una serie di visite

I risultati e soprattutto le percentuali di adesione al progetto (e quindi anche la remunerazione) saranno valutati a livello del distretto e non solo del singolo PdF

ART. 26 TER – REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL'UNITÀ COMPLESSA DELLE CURE PRIMARIE.

Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell'unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici

In un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso **l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico.** **Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.**

le UCCP sono forme associative complesse che si inseriscono tra il livello di base e il secondo livello (ospedaliero) e che attraverso il posizionamento strategico nel territorio si strutturano (con costi a carico delle Regioni) per erogare tutte quelle prestazioni complesse che finora sono rimaste tra le “mura” dell’Ospedale, spesso territorialmente lontane dai bisogni delle persone e comunque troppo costose per continuare ad essere erogate con l’attuale sistema che, si deve segnalare, riscontra sempre più il modello della cosiddetta **medicina d’attesa** mentre tutto ci indica che si deve passare alla **medicina d’anticipazione e di prossimità**, anche con maggiori investimenti nella attività di prevenzione.

per le UCCP (che svolgono attività complesse di assistenza sanitaria), le **Regioni dovranno spostare risorse *ad hoc***, provenienti dal polo ospedaliero, che saranno utilizzate per strutturare la rete territoriale dei servizi socio-sanitari attinenti alle cure primarie.

ART. 58 BIS – FLUSSO INFORMATIVO.

- Dal 1° gennaio 2009, il pediatra di famiglia trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:
- Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
- Accessi allo studio medico, con visita medica o attività di counselling;
- Accessi allo studio medico, senza visita medica;
- Visite domiciliari;
- PPIP;
- Bilanci di salute;
- Assistenza domiciliare (ADP/ADI);

- Le informazioni di cui al comma precedente devono:
 - riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura);
 - riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato;
 - essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.
- Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di *governance* del SSR.** Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti i Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.

•Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla *privacy* e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

**Si modifica il contesto
-> si modifica il
mandato**

Medicina di iniziativa

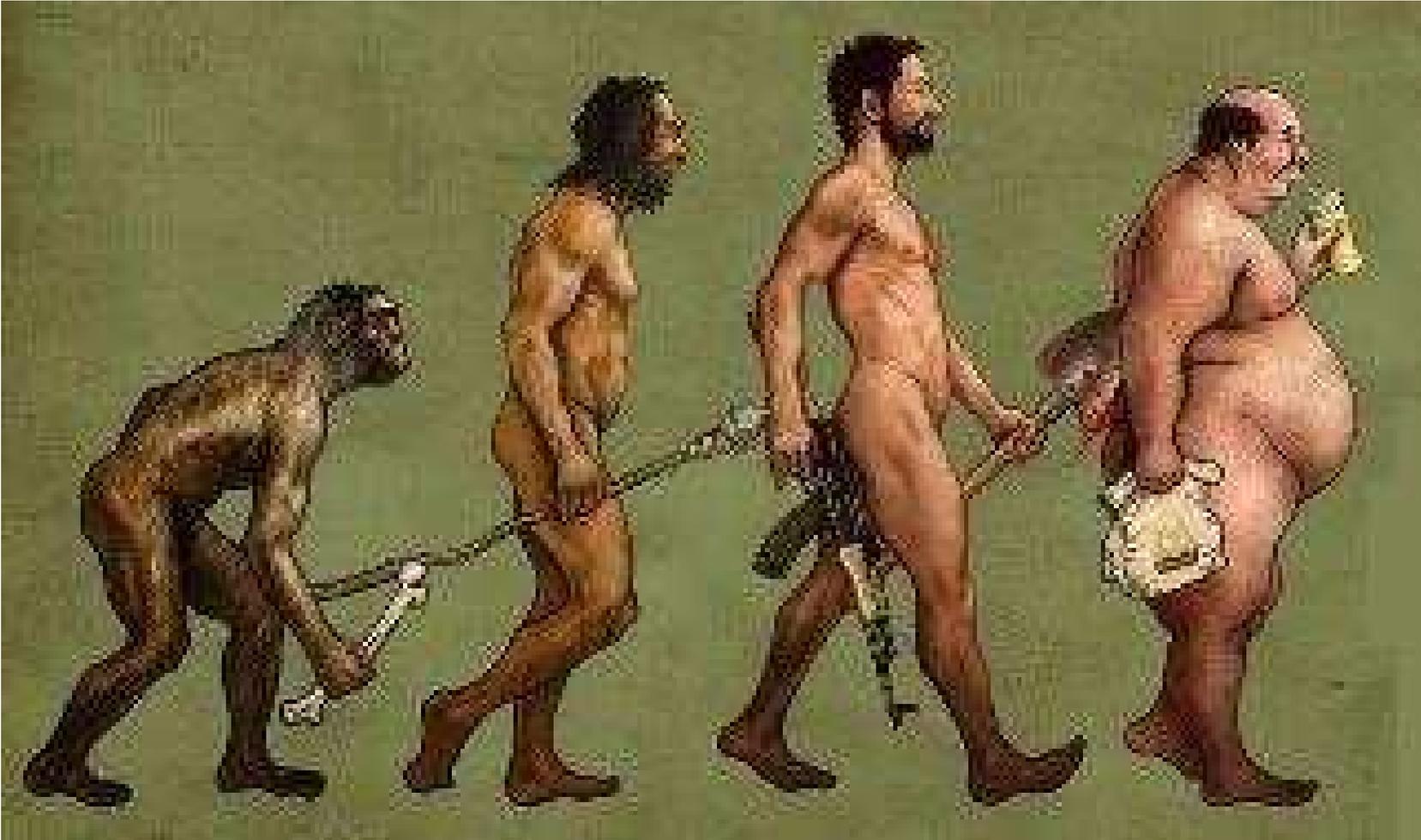
Risposte coordinate nei modi e nei tempi

Raggiungimento di risultati

**Modificazioni dello stato di salute della popolazione
infantile**

Capacità di fornire i dati del nostro lavoro e quindi ...

... capacità di averli questi dati





**Se noterai per tempo i
piccoli cambiamenti, ti
sarà più facile adattarti a
quelli grandi, quando
arriveranno**

**E' meno pericoloso
affrontare il labirinto
che rimanere fermi
senza formaggio**