"Problematiche e prospettive per il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di famiglia"

Pino Mele

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Problematiche
per il nuovo
Accordo Collettivo Nazionale
per la Pediatria di famiglia

- Rappresentatività sindacale
- Instaurazione del rapporto convenzionale
- Revoche d'ufficio
- Norma transitoria n. 3

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Problematiche

per il nuovo
Accordo Collettivo Nazionale
per la Pediatria di famiglia

Rappresentatività sindacale

Il percorso per applicare la Convenzione nelle Regioni e nelle Aziende

Fonte Legislativa Primaria

(Dl 229/99 come corretto dal Dl 254/2000)
La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa.

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Problematiche

per il nuovo
Accordo Collettivo Nazionale
per la Pediatria di famiglia

Rappresentatività sindacale

Il percorso per applicare la Convenzione nelle Regioni e nelle Aziende

Convenzione Nazionale

(DPR 272/2000 – Art. 10)

Le organizzazioni sindacali con numero di deleghe non inferiore al 5% delle deleghe complessive sono considerate maggiormente rappresentative. La stessa soglia è valida sia a livello nazionale che a livello regionale.

Problematiche

Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di famiglia

Rappresentatività sindacale

Il percorso per applicare la Convenzione nelle Regioni e nelle Aziende

Comitati Regionali

(DPR 272/2000 – Art. 12)
E' composto da rappresentanti dell'OO.SS. maggiormente rappresentative a livello Regionale (> 5%)
Funzioni:

- Definizione degli Accordi Regionali
- Applicazione Convenzione Nazionale e Accordi Regionali
- Indirizzi su Formazione Regionale
- Verifica standard e controllo di qualità
- Fornire indirizzi uniformi alle Aziende

Problematiche

Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di famiglia

Rappresentatività sindacale

Il percorso per applicare la Convenzione nelle Regioni e nelle Aziende

Comitati Aziendali

(DPR 272/2000 – Art. 11)

E' composto da rappresentanti di OO.SS. maggiormente rappresentative a livello Regionale (>5%)

Funzioni:

- **Deroghe temporanee al massimale**
- **Motivi di incompatibilità**
- **Cessazione rapporto convenzionale**
- **Deroghe obbligo di residenza**
- **Variazione ambiti di scelta**
- **Individuazione zone disagiate**
- **Pareri su vari accordi**
- **Definizione degli Accordi Aziendali (comma 3)**

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Problematiche
per il nuovo
Accordo Collettivo Nazionale
per la Pediatria di famiglia

Rappresentatività sindacale

Il percorso per applicare la Convenzione nelle Regioni e nelle Aziende

Le OO. SS. firmatarie non hanno fin qui alcun ruolo. Compaiono successivamente in deroga.

(DPR 272/2000 – art. 10 comma 9)

Sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Regionali anche le OO.SS. firmatarie dell'Accordo Nazionale con > 5% delle deleghe nazionali.

La deroga vale solo per il punto 1 delle funzioni del Comitato, non per la partecipazione al Comitato stesso.

Problematiche
per il nuovo
Accordo Collettivo Nazionale
per la Pediatria di famiglia

Rappresentatività sindacale

Il percorso per applicare la Convenzione nelle Regioni e nelle Aziende

Le OO. SS. firmatarie non hanno fin qui alcun ruolo. Compaiono successivamente in deroga

(Dpr 272/2000 – art. 10 comma 10)

Sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli accordi aziendali anche le OO.SS. firmatarie dell'Accordo Nazionale con > 5% delle deleghe Aziendali.

La deroga vale solo per il punto 8 delle funzioni del Comitato, non per la partecipazione al Comitato stesso.

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Problematiche

per il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di famiglia

Instaurazione del rapporto convenzionale:

Due diversi trattamenti per una stessa figura professionale

Evidente disparità tra il comma 2, in cui si richiede il trasferimento della residenza o del domicilio nell'ambito assegnato, e il comma 3, in cui è previsto il trasferimento della residenza solo per gravi ed obiettivi motivi.

Problematiche

per il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di famiglia

Revoche d'ufficio

Mantenimento della scelta a favore del pediatra per particolari situazioni valutate dall'azienda fino al 16° anno di età

Problematiche

per il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di famiglia

Norma transitoria n. 3

Sono fatti salvi, fino alla stipula dei nuovi contratti, gli effetti giuridici ed economici stabiliti dagli accordi regionali vigenti stipulati ai sensi del D.P.R. 613/96

La "devolution" sanitaria

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

La "devolution" sanitaria

Decentramento amministrativo, e quindi economico gestionale dello Stato

FEDERALISMO

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Servizio Sanitario Nazionale

Rappresentato dai livelli essenziali di assistenza, assicurati dalle regioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale

Servizi Sanitari Regionali

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Servizi Sanitari Regionali

Modelli e sistemi propri di organizzazione sanitaria

attraverso lo strumento degli
Accordi Regionali,
sancito ed anzi rafforzato negli ultimi
Accordi Collettivi Nazionali
per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

"Devolution" sanitaria

Le regioni italiane sono preparate ad affrontare questo sostanziale salto di qualità?

Verso quali modelli organizzativi si sono orientate o si orienteranno?

"Devolution" sanitaria

PRIMO MODELLO

Modello a governo della domanda

FORTE CENTRALITA' AZIENDALE

L'Azienda gestisce direttamente quasi tutti i servizi sanitari sia territoriali che di secondo livello, attraverso l'erogazione diretta delle prestazioni o l'acquisto di queste da altri fornitori .

EMILIA - PIEMONTE -TOSCANA E VENETO

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

"Devolution" sanitaria

SECONDO MODELLO

Modello a centralità regionale

Il ruolo della Regione è prevalente su quello espresso dalle singole Aziende; essa finanzia tutti produttori di prestazioni secondo il meccanismo di finanziamento a prestazione e le Aziende "sono dei semplici produttori e la regione costituisce l'unico grande acquirente del sistema" (Longo, 1999)

Piccole Regioni con poche aziende

"Devolution" sanitaria

TERZO MODELLO

Modello di separazione tra acquirente e fornitore

Le funzioni di secondo e terzo livello sono totalmente scorporate dalle Aziende che si occupano di finanziare le attività socio sanitarie e territoriali. Le Aziende hanno la possibilità di acquisire le prestazioni sanitarie dove ritengono più vantaggioso; dovranno però cercare di contenere la domanda dei bisogni di salute, per non sforare il budget di spesa.

Lombardia

"Devolution" sanitaria

QUARTO MODELLO

Modello conservatore o di tradizione

E' rappresentato dal vecchio sistema di finanziamento calcolato sulla spesa storica e sul ripiano dei debiti delle Aziende. La Regione ha ancora un ruolo importante nell'organizzazione del sistema e nelle scelte politiche, ma ha una debole capacità di governare e controllare la spesa, che comunque è costretta a ripianare.

Campania - Lazio - Puglia - Sardegna - Sicilia

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

"Devolution" sanitaria

E' necessario avere ben presenti quali sono gli orientamenti della propria regione rispetto al governo della sanità e del controllo della spesa sanitaria per formulare proposte per il contratto regionale, e per quello aziendale.

"Devolution" sanitaria

ASL territoriale con ospedale incorporato

sarà più difficile proporre di introdurre attività territoriali da parte dei Pediatri di Famiglia con lo scopo di ridurre la spesa sostenuta per l'attività della Divisione Pediatrica dell'ASL.

SOLUZIONI

⇩

Sistemi collaborativi tra ospedale e territorio

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

"Devolution" sanitaria

ASL solo territoriale/Ospedale Azienda

Interesse a ridurre le spese per l'erogazione di servizi ospedalieri più onerose di quelle territoriali

SOLUZIONI

⇩

PACA:
Percorsi Aziendali di Cura e Assistenza

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Dalla condivisione delle strategie alla definizione del percorso aziendale di cura ed assistenza (PACA)

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Dati di attività osservati per la produzione dei PACA

Primi 10 DRG aziendali

Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente

Otite media e infezione alte vie respiratorie età < 18

Polmonite semplice e pleurite età < 18

Bronchite e asma età < 18

Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta

Convulsioni e cefalee età < 18

Disturbi della nutrizione e miscellanea di dist.bi del metabolismo età < 18

Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie

Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta

Altre diagnosi relative all'apparato digerente

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

PACA ATTIVATI

- Faringotonsillite
- Broncopolmonite
- Diarrea Acuta
- Celiachia
- Infezione delle vie urinarie
- Asma
- Nefropatia

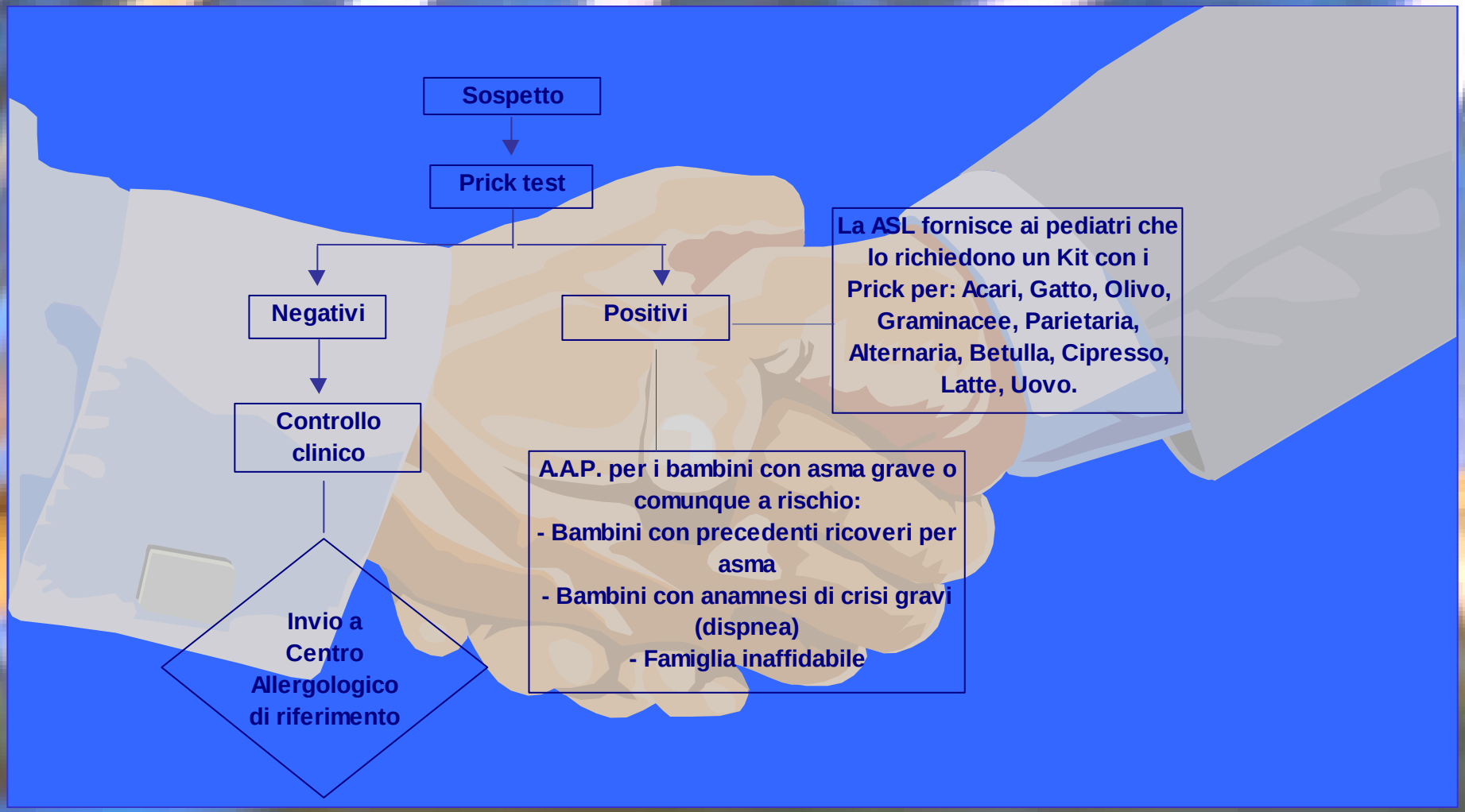
Realizzazione grafica: Antonella De Vito

PAGA IN CORSO

- Problematiche ortopediche
- Epatopatie acute e croniche
- Otite
- Ritardo nel linguaggio
- Oncoematologia
- Epilessia
- Bambino con patologia cronica

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

ASMA



Realizzazione grafica: Antonella De Vito

"Devolution" sanitaria

a diverse velocità,
a seconda del colore politico,
della ricchezza economica e
degli orientamenti delle singole
regioni

"Devolution" sanitaria

La spesa sanitaria:

i fattori di incremento
e le
relazioni
con le caratteristiche
istituzionali
e i
livelli di salute
della popolazione

	PIL regionale pro-capite	Spesa pro-capite	%
Piemonte	30.498	1.592	5,22
Valle D'Aosta	33.707	1.819	5,4
Lombardia	33.667	1.644	4,88
Trentino Alto Adige	32.929	1.822	5,53
Veneto	31.288	1.698	5,43
Griuli	31.632	1.811	5,73
Liguria	***30.814***	***1.992***	***6,46***
Emilia Romagna	33.206	1.908	5,75
Toscana	28.216	1.785	6,19
Umbria	25.027	1.733	6,92
Marche	28.143	1.817	6,46
Lazio	30.964	1.821	5,87
Abruzzo	23.317	1.550	6,65
Molise	18.964	1.542	8,13
Campania	17.990	1.608	8,94
Puglia	19.100	1.567	8,2
Basilicata	16.296	1.416	8,69
Calabria	15.432	1.399	9,07
Sicilia	18.048	1.493	8,27
Sardegna	20.757	1.636	7,88
	26.685	**1.673**	**6,27**

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

"Devolution" sanitaria

Fattori che influenzano la spesa sanitaria

dal lato della domanda:

- L'estensione dei regimi di sicurezza sociale e copertura assistenziale della popolazione generalizzata con l'istituzione del SS.S:N.
- L'invecchiamento della popolazione dovuto all'allungamento della vita media e dalla caduta del tasso di natalità
- Il cambiamento della concezione di salute, intesa non più come assenza di malattia, ma come benessere psico-fisico in generale

"Devolution" sanitaria

Fattori che influenzano la spesa sanitaria

dal lato dell'offerta:

- La densità di medici sulla popolazione
- La tendenza dei costi in sanità a crescere con tassi superiori al tasso di inflazione, a causa del crescente contenuto innovativo dei beni e servizi acquistati
- Gli effetti del progresso scientifico e tecnologico in medicina

"Devolution" sanitaria

Spesa corrente pro-capite

1995 REGIONI	Spesa pro-capite	Differenza	%
Calabria	1.409.882	-212.630	-13,10
Puglia	1.438.388	-184.124	-11,35
Sicilia	1.440.179	-182.333	-11,24
Campania	1.442.558	-179.954	-11,09
Basilicata	1.485.997	-136.515	-8,41
Molise	1.504.799	-117.713	-7,25
Abruzzo	***1.513.084***	***-109.428***	***-6,74***
Piemonte	1.594.398	-28.114	-1,73
Italia	1.622.512	-	-
Sardegna	1.623.996	1.484	0,09
Lombardia	1.668.791	46.279	2,85
Lazio	1.680.906	58.394	3,6
Veneto	1.682.797	60.285	3,72
Friuli	1.716.012	93.500	5,76
Toscana	1.722.940	100.428	6,19
Umbria	1.740.926	118.414	7,3
Marche	1.744.901	122.389	7,54
Valle D'Aosta	1.764.436	141.924	8,75
P.A. Trento	1.773.468	150.956	9,3
Liguria	1.893.207	270.695	16,68
Emilia Romagna	1.907.694	285.182	17,58
P.A. Bolzano	1.933.498	310.986	19,17

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Sanità1996

Il nuovo sistema di finanziamento e di riparto dei fondi del SSN

avviene per quota capitaria di finanziamento, determinata in base:

- alla popolazione residente
- alla mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni
- allo stato conservativo delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali

L'equità del finanziamento: la quota capitaria "pesata"

La ripartizione del FSN è basata:

- Sulla popolazione residente
- Sulla frequenza dei consumi sanitari per sesso e fasce di età
- Su indicatori di particolari situazioni territoriali utili a definire i bisogni sanitari territoriali

CONCLUSIONI

Il riparto secondo “povertà”

REGIONE CAMPANIA

Bassolino e Armato: “L’autonomia tenga presenti tutte le condizioni”

REGIONE PUGLIA

Rocco Palese “Perequazione si ma solo se verticale.”

REGIONE VENETO

Fabio Gava “Sono iniziative vetero-assistenzialiste”

Realizzazione grafica: Antonella De Vito

CONCLUSIONI

Credo sia giunto il momento di introdurre dei correttivi nei criteri di ponderazione in modo che risultino più equi e meno distorsivi .

CONCLUSIONI

La perequazione verticale è l'unico modello di federalismo compatibile con la possibilità di mettere in campo significative politiche di convergenza che guardino alle disuguaglianze come a un vincolo da rimuovere e non come al risultato desiderato di un processo di scelta.

Nell'azione perequativa non ci deve e non ci può essere nessun appello al solidarismo.

Semmai, più che alla solidarietà , essa deve far riferimento ad un fondamentale diritto di cittadinanza.