

fimp 



# "La Pediatria di Famiglia tra devolution e... involution"

Pino Mele

# Nuovo ruolo del pediatra di famiglia

## Adattarsi alle trasformazioni

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO



PER OBIETTIVI E PROCESSI

**NON PER FUNZIONI**

# Nuovo ruolo del pediatra di famiglia

## Abituarsi al lavoro di gruppo

ABBANDONARE LA MEDICINA  
D'ATTESA

ABBRACCIARE LA MEDICINA  
DI INIZIATIVA

# Integrazione Ospedale-Territorio

## *Il territorio*

*intercetta il bisogno e ne governa i percorsi attraverso l'UPAT (Unità Primaria di Assistenza territoriale).*

### **CARATTERISTICHE DELL'UPAT:**

1. coinvolge dai 10/30.000 utenti;
2. è composta da MMG, PLS, Medici di Guardia Medica, Specialisti ambulatoriali.
3. Prevede la presenza di personale infermieristico ed è dotata di propria autonomia organizzativa ed amministrativa.

# Riequilibrio Ospedale-Territorio

Lo stato giuridico dei medici sarà sempre legato alle attuali condizioni.

Sarà prevista una struttura di supporto e di servizio per quanti operano all'interno dell'UPAT, che consentirà di svolgere non solo l'attuale attività ma anche tutte quelle prestazioni che oggi si riversano, quasi sempre impropriamente, sul Pronto Soccorso e in Ospedale.

Sarà prevista una adeguata dotazione strumentale.

# Riequilibrio Ospedale-Territorio

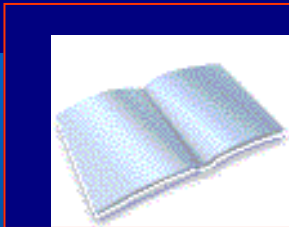
**Il territorio  
componente alla pari dell'ospedale.**

Alla base di tutto ciò diviene importante la gestione del budget. Nella misura in cui si prefigura il travaso delle prestazioni dall'ospedale al territorio si deve programmare un adeguato riequilibrio dei finanziamenti.

# Rinnovo dell'A.C.N

## CONVENZIONE

Approvata il  
15 aprile 2003



MINISTERO DELL'ECONOMIA E  
DELLE FINANZE

CONFERENZA DEI PRESIDENTI  
DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

# Rinnovo dell'A.C.N

## CONVENZIONE



Affidare al CINSEDO

L'attività per il funzionamento della struttura interregionale

Spese per il funzionamento e rimborso di spese di viaggio e di missione, pari a 2.000.000 di euro all'anno, che sarà gestita con contabilità separata



# SISAC

## "Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati"

### Definizione

E' LA STRUTTURA TECNICA INTERREGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON IL PERSONALE CONVENZIONATO CON IL S.S.N.

HA SEDE IN ROMA

# SISAC

## "Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati"

Organizzazione

Rappresentanti del Ministero  
del Commercio e del Turismo  
dell'Economia e delle  
Finanze, del lavoro e delle  
province autonome e delle  
politiche sociali, della Salute

# SISAC

## "Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati"

### Compiti del Coordinatore

Prendere spere, le direttive e  
curare il rapporto con  
Città e i rapporti con la  
Comitato di gestione per dare  
Comitato di gestione del  
Commissione dei Presidenti del  
comitato sanitario SISAC

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

- **Gli Ambiti**
- **I Livelli**
- **Le Fasi della Contrattazione**

**Nel rispetto dei principi di federalismo e di decentramento, gli accordi Nazionali devono essere alleggeriti nella loro architettura**

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

- **Il Livello di negoziazione nazionale**

**Il livello di negoziazione nazionale individua: le garanzie per i cittadini; il ruolo, le responsabilità, i criteri di verifica periodica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato; i servizi da questi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza; la compatibilità economica**

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

- Il Livello di negoziazione regionale

Il livello di negoziazione regionale definisce: gli obiettivi di salute, i modelli organizzativi, i meccanismi operativi per attuarli, in coerenza con l'organizzazione del Servizio sanitario regionale; passando dalla elencazione, remunerazione ed incentivazione di compiti alla individuazione, pagamento e sviluppo di funzioni; **(va collegato anche agli accordi regionali già siglati, quale continuità ed espressione di LEA Regionali, e comunque garantiti)**

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Il Livello di negoziazione aziendale

Il livello di negoziazione aziendale determina: i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessarie all'attuazione degli indirizzi regionali.

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Il Pensiero della FIMP

**Difficile comprensione in funzione della necessità di definire in modo preciso i termini: funzioni, attività, compiti.**



# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Compiti delle regioni

**Deve essere consentito alla singola Regione di sperimentare forme di rapporto, extra convenzioni, fondate sull'accREDITAMENTO del professionista e/o di forme di associazione professionali mono e/o pluridisciplinari.**

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Il Pensiero della FIMP

L'intero paragrafo è da rigettare in quanto:

- cuneo che apre una breccia profonda nello stato giuridico del pediatra;
- In presenza di altre tipologie di rapporti extraconvenzionali;
- inaccettabili le espressioni extraconvenzione, accreditamento del singolo
- occorre valutare il significato, i problemi, i limiti, il ruolo dei sindacati nei rapporti con le associazioni, in particolare con le cooperative.
- si riscontra una riproposizione delle tipologie di rapporto previste per la dirigenza medica (contratti ad personam, a tempo ecc.), che fanno riflettere sui riferimenti legislativi della dipendenza applicabili anche ai convenzionati.

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Indirizzi generali

**Il ruolo del professionista convenzionato incardina il rapporto fiduciario tra cittadino e medico nel sistema di responsabilità e competenze proprie del governo clinico, della guida dei percorsi assistenziali degli assistiti, del rispetto e dell'adesione alle strategie aziendali e della partecipazione al governo della domanda.**

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Il Pensiero della FIMP

**Concetti espressi in modo ambiguo: pericolosa la lettura che vede in pratica nel professionista un esecutore di strategie decise da altri (Azienda) senza una reale condivisione (evoluzione da parasubordinazione blanda a forte), con istituti più da dipendente che da libero professionista. Ricordarsi il blocco ottenuto dai sindacati su analogo testo in Emilia Romagna.**

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Indirizzi generali

L'appropriatezza delle cure, delle  
Gli indirizzi generali di orientamento sono  
più che altro di natura qualitativa e  
rispetto alla qualità e all'efficienza delle  
risorse umane e materiali, alla razionalità  
della organizzazione, alla qualità dei servizi  
prestiti al cittadino, nell'ambito di  
cambiamenti strutturali e organizzativi  
che si stanno verificando nel settore  
dell'assistenza e dei servizi  
prestiti alle aziende  
L'attuazione degli obiettivi previsti  
dai programmi di attività

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Il Pensiero della FIMP

Si deve intendere il collegamento sempre più marcato con il contributo per l'informatizzazione? E chi definisce e garantisce la proprietà di questi dati? Può essere opportuno che anche i principi per gli organismi aziendali possano qui essere indicati? Può essere un punto nel quale rientrare una diversa attuazione del principio della rappresentatività sindacale a livello regionale e aziendale?

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

Disciplinare tecnico

Individuazione degli istituti  
Requisiti necessari e  
Rapporti con il territorio e  
Esercizio della libera attività  
Rapporti con il mercato del  
lavoro e con la professione  
Rapporti con il lavoro  
quella nazionale.

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Nuova struttura del compenso



quota capitaria per assistito, in relazione alle funzioni correlate ai livelli essenziali di assistenza, ponderata per il 70% a livello nazionale e per il 30% secondo criteri definiti a livello regionale;

quota, per medico singolo o per gruppi, per il raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi, concordati a livello regionale o aziendale;

quota per servizi, per medico singolo o per gruppi, calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione, concordata a livello aziendale.



# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Il Pensiero della FIMP



**Necessità di capire meglio il significato dei termini (prestazioni...ponderata), e di verificare su quali basi sono state calcolate le percentuali.**

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Il Pensiero della FIMP



### Punti irrinunciabili:

quota capitaria non inferiore al valore attuale più tasso inflazione programmato,

quota percentuale da intendersi solo come disponibilità ad aderire ad una serie di progetti condivisi,

questi progetti dovrebbero essere istituiti già presenti negli attuali accordi nazionali-regionali, alcuni di questi potrebbero definire meglio il nuovo concetto di LEA Regionali, e/o meglio dei LEA ottimali per la medicina territoriale e per la pediatria di famiglia.

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

## Il Pensiero della FIMP

La disponibilità deve essere comunque corrisposta anche se gli accordi regionali o aziendali sono più lenti del previsto. Bisogna inoltre fare molta attenzione affinché tutta l'operazione di passaggio da singole prestazioni a funzioni non comporti una riduzione complessiva delle entrate, e che sia valutato molto attentamente l'introduzione del concetto di volume di prestazioni, vera apertura al privato non convenzionato (terzo settore o altro, per lotta al ribasso sul risparmio). Attenzione anche all'ipotesi che sia l'inizio di un percorso per definire i DRG territoriali, di cui si sente ogni tanto parlare, e che nelle mani di alcuni assessori sarebbe sempre la breccia per l'apertura al privato accreditato.

# Atto di Indirizzo del Comitato di Settore

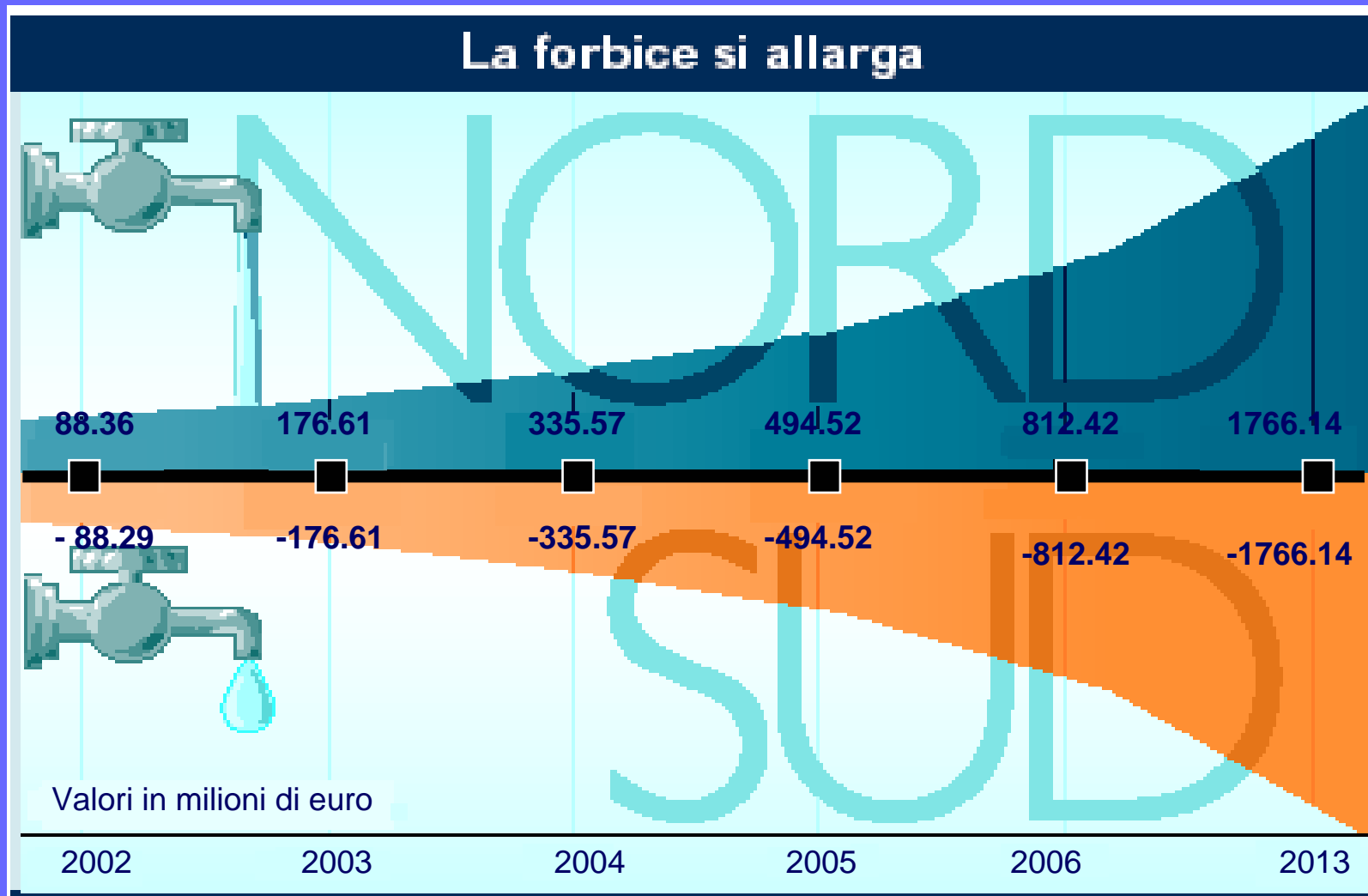
## Il Pensiero della FIMP

**Nel caso inoltre l'adesione a progetti e obiettivi sia un vincolo forte per l'ottenimento di alcuni incentivi (attenzione quindi alla loro individuazione in questa categoria) bisogna salvaguardare il rischio che una possibile richiesta di una adesione obbligata per alcuni incentivi anche se concordata con i sindacati, accentui la sfera dei controlli da parte aziendale, che sopra certi limiti non sono accettabili né tollerabili dalla categoria medica.**

# Devolution o ... involution?

L'applicazione del Dlgs 56/2000 (federalismo fiscale) avrebbe un effetto devastante sui conti delle Regioni del Mezzogiorno e, al Centro, su quelli di Lazio e Umbria: una perdita di 88,29 milioni di euro nel 2002, oltre 810 milioni a cinque anni e nel 2013 di 1.766,14 mln: in tutto circa 5 mld che potrebbero portare in pochi anni al collasso finanziario-sanitario di queste Regioni. Non ha dubbi la Svimez (Associazione per lo sviluppo dell'industria nel mezzogiorno) che ha costituito assieme ad alcuni cattedratici esperti di economia e finanza la Commissione «Federalismo fiscale e Mezzogiorno» e ha concluso da poco un'analisi sugli effetti dell'applicazione del Dlgs 56/2000 ai bilanci locali.

# Devolution o ... involution?



# Un meccanismo punitivo per le Regioni meridionali

Gli effetti attuali (2002)									
Regioni a statuto ordinario	Quantità secondo le proiezioni Svimez						Quantità secondo Dlgs 56/2000		
	Trasf. soppressi da compens. (Spesa storica)	Quota spesa storica residua 95%	% riparto 5% compart. lva	Riparto 5% compart. lva in val. ass.	Totale risorse erogate	Risorse da erogare: diff. tra criteri Dlgs n. 56 e spesa storica	% riparto 5% compart. lva	Totale risorse erogate (%)	Risorse da erogare: diff. tra criteri Dlgs n. 56 e spesa storica (%)
	1	2	3	4	5 = 2 + 4	6 = 5 - 1			
Piemonte	2.426,85	2.305,51	8,09	124,55	2.430,06	3,21	5,13	100,13	0,13
Lombardia	2.687,28	2.552,92	11,83	182,13	2.735,05	47,77	6,78	101,78	1,78
Veneto	2.246,60	2.134,27	8,22	126,55	2.260,82	14,22	5,63	100,63	0,63
Liguria	1.380,27	1.311,26	4,75	73,13	1.384,39	4,12	5,30	100,30	0,30
Emilia R.	2.140,06	2.033,06	7,96	122,55	2.155,61	15,55	5,73	100,73	0,73
Toscana	2.346,10	2.228,80	8,32	128,09	2.356,89	10,79	5,46	100,46	0,46
Umbria	695,83	661,04	2,22	34,18	695,22	-0,61	4,91	99,91	-0,09
Marche	985,58	936,30	3,38	52,04	988,34	2,76	5,28	100,28	0,28
Lazio	2.630,32	2.498,80	7,93	122,08	2.620,88	-9,44	4,64	99,64	-0,36
Abruzzo	1.110,75	1.055,21	3,25	50,03	1.105,24	-5,51	4,50	99,50	-0,50
Molise	349,00	331,55	0,92	14,16	345,71	-3,29	4,06	99,06	-0,94
Campania	5.214,67	4.953,94	15,32	235,86	5.189,80	-24,87	4,52	99,52	-0,48
Puglia	3.837,06	3.645,21	10,51	161,80	3.807,01	-30,05	4,22	99,22	-0,78
Basilicata	619,14	588,18	1,62	24,94	613,12	-6,02	4,03	99,03	-0,97
Calabria	2.120,01	2.014,01	5,68	87,45	2.101,46	-18,55	4,12	99,12	-0,88
<b>Totale</b>	<b>30.789,52</b>	<b>29.250,06</b>	<b>100,00</b>	<b>1.539,53</b>	<b>30.789,59</b>	<b>0,07</b>	<b>5,00</b>	<b>100,00</b>	<b>0,00</b>
Centro-Nord	17.538,89	16.661,96	62,70	965,29	17.627,25	88,36	5,50	100,50	0,50
Mezzogiorno	13.250,63	12.588,10	37,30	574,24	13.162,34	-88,29	4,33	99,33	-0,67

Valori in mln .  
 Fonte: tabelle allegate allo schema di Dpcm presentato alla Stato-Regioni dell'8 maggio «Determinazione delle quote previste dall'articolo 2, comma 4, del Dlgs 18 febbraio 2000, n. 56»

# Un meccanismo punitivo per le Regioni meridionali

Basti pensare che tra cinque anni, cioè quando le risorse alle Regioni dovrebbero essere erogate per il 46% in base alla spesa storica e per il rimanente 54% in base all'Iva determinata in funzione dei consumi delle famiglie, per le Regioni meridionali la perdita percentuale sarà pari al 6,13 per cento.



# Un meccanismo punitivo per le Regioni meridionali

Gli effetti a regime (2013)

Regioni a statuto ordinario	Quantità secondo le proiezioni Svimez						Quantità secondo Dlgs 56/2000		
	Trasf. soppressi da compensare (spesa storica)	Quota spesa storica residua 0%	% riparto 100% compart. Iva	Ripart. 100% compart. Iva in valore assoluto	Totale risorse erogate	Risorse da erogare: diff. tra criteri Dlgs n. 56 e criteri spesa storica	% ripart. 100% comp. Iva	Totale risorse erogate (%)	Risorse da erogare: diff. tra criteri Dlgs n. 56 e criteri spesa storica (%)
	1	2	3	4	5 = 2 + 4	6 = 5 - 1			
Piemonte	2.426,85	0,00	8,09	2.490,87	2.490,87	64,02	102,64	102,64	2,64
Lombardia	2.687,28	0,00	11,83	3.642,40	3.642,40	955,12	135,54	135,54	35,54
Veneto	2.246,60	0,00	8,22	2.530,90	2.530,90	284,30	112,65	112,65	12,65
Liguria	1.380,27	0,00	4,75	1.462,50	1.462,50	82,23	105,96	105,96	5,96
Emilia R.	2.140,06	0,00	7,96	2.450,85	2.450,85	310,79	114,52	114,52	14,52
Toscana	2.346,10	0,00	8,32	2.561,69	2.561,69	215,59	109,19	109,19	9,19
Umbria	695,83	0,00	2,22	683,53	683,53	-12,30	98,23	98,23	-1,77
Marche	985,58	0,00	3,38	1.040,69	1.040,69	55,11	105,59	105,59	5,59
Lazio	2.630,32	0,00	7,93	2.441,61	2.441,61	-188,71	92,83	92,83	-7,17
Abruzzo	1.110,75	0,00	3,25	1.000,66	1.000,66	-110,09	90,09	90,09	-9,91
Molise	349,00	0,00	0,92	283,26	283,26	-65,74	81,16	81,16	-18,84
Campania	5.214,67	0,00	15,32	4.716,95	4.716,95	-497,72	90,46	90,46	-9,54
Puglia	3.837,06	0,00	10,51	3.235,98	3.235,98	-601,08	84,33	84,33	-15,67
Basilicata	619,14	0,00	1,62	498,79	498,79	-120,35	80,56	80,56	-19,44
Calabria	2.120,01	0,00	5,68	1.748,84	1.748,84	-371,17	82,49	82,49	-17,51
<b>Totale Rso</b>	<b>30.789,52</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>	<b>30.789,52</b>	<b>30.789,52</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>0,00</b>
Centro-Nord	17.538,89	0,00	62,70	19.305,03	19.305,03	1.766,14	110,07	110,07	10,07
Mezzogiorno	13.250,63	0,00	37,30	11.484,49	11.484,49	-1.766,14	86,67	86,67	-13,33

Valori in mln .:

Fonte: tabelle allegate allo schema di Dpcm presentato alla Stato-Regioni dell'8 maggio «Determinazione delle quote previste dall'articolo 2, comma 4, del Dlgs 18 febbraio 2000, n. 56»

## Modelli allo specchio

LE NORME DEL DLGS 56/2000	LA PROPOSTA DI MODIFICA
<b>Soppressione trasferimenti erariali</b>	<b>Standard di assistenza</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• fissata a decorrere dal 2001 relativamente a più trasferimenti, compreso quello riferito al finanziamento della spesa sanitaria corrente e in conto capitale previsto dall'articolo 12 (comma 1) del Digs 502/1992</li> <li>• I trasferimenti soppressi sono compensati con la partecipazione regionale all'Iva; con l'aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale sull'imposta del reddito delle persone fisiche (Irpef) e con l'aumento della compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine</li> <li>• le quote necessarie a realizzare la compensazione sono fissate su dati previsionali e successivamente adeguate a consuntivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• definiti dallo Stato che individua anche le prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale</li> <li>• basati sulla popolazione di riferimento</li> <li>• calcolati tenendo conto di indicatori sanitari ed economico-sociali</li> <li>• aggiornati annualmente</li> </ul>
<b>Compartecipazione all'Iva</b>	<b>Elementi per determinazione fabbisogno da parte dello Stato fino al 2006</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• a decorrere dal 2001 la compartecipazione regionale all'Iva per ciascun anno è fissata nella misura del 25,7% del gettito complessivo realizzato nel penultimo anno, al netto di quanto devoluto alle Regioni a statuto speciale e delle risorse Ue</li> <li>• l'importo è attribuito alle Regioni utilizzando come indicatore di base imponibile la media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat a livello regionale negli ultimi tre anni disponibili</li> <li>• la quota di compartecipazione all'Iva, la quota di concorso alla solidarietà interregionale, la quota da assegnare a titolo di fondo perequativo nazionale e le somme da erogare a ogni Regione sono fissate annualmente entro il 30 settembre di ogni anno per il triennio successivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spesa competenza 2001</li> <li>• tasso programmato d'inflazione rideterminata in base alla popolazione pesata</li> <li>• eventuali acquisizioni di strutture da finanziare con mutuo</li> <li>• riassorbimento nel triennio delle differenze rispetto all'effettiva distribuzione</li> <li>• tariffe base 2001 per il copayment locale riviste al tasso d'inflazione</li> </ul>
<b>Fondo perequativo nazionale</b>	<b>Determinazione fabbisogno anni successivi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• destina parte del gettito di compartecipazione all'Iva alla solidarietà interregionale</li> <li>• la determinazione delle quote spettanti alle singole Regioni è effettuata in base alla popolazione residente, alla capacità fiscale (riduzione del 90% della distanza dalla media), ai fabbisogni sanitari e alla dimensione geografica</li> <li>• le quote sono fissate in modo da assicurare comunque la copertura del fabbisogno sanitario delle Regioni incapienti</li> <li>• la quota è gradualmente ridotta fino ad azzerarsi nel 2013</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aggiornamento annuale</li> </ul>
	<b>Copertura del fabbisogno</b>
	<b>Differenza fabbisogno/entrate proprie</b>
	<b>Fondo perequativo</b>
	<b>Accesso al Fondo perequativo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15% delle imposte proprie e delle addizionali attribuite alle Regioni (competenza 2001)</li> <li>• coperta con la compartecipazione al gettito Iva di ciascuna Regione in una percentuale che assicura la copertura integrale della Regione con più capacità fiscale</li> <li>• servirebbe a sanare le ulteriori differenze per i territori a minore capacità fiscale</li> <li>• per il primo anno avrebbe importo pari al 20% del gettito nazionale Iva</li> <li>• per gli anni successivi la percentuale sarebbe aggiornata con la Finanziaria</li> <li>• il contributo dello Stato ridurrebbe del 90% la distanza tra Regioni con gettito superiore alla media nazionale e Regioni con gettito inferiore di almeno il 10%</li> <li>• lo stesso contributo raddoppierebbe per le Regioni a minor capacità fiscale che investono il maggior gettito sul potenziamento delle strutture</li> </ul>