



**IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI
CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502
DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI**

In data 28 settembre 2005 alle ore 12,00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la SISAC nella persona del Coordinatore Dr. Luigi Covolo

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMP

Dr. Pier Luigi Tucci

Dr. Giuseppe Mele

CIPE

Dr. Tiziano Dall'Osso

Dr. Giuseppe Gullotta

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni.

Visto l'art. 4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni

Il 29 settembre la FIMP ha sottoscritto il testo dell'ACN per la pediatria di famiglia, il primo conseguente alla riforma in senso regionalistico del titolo V della Costituzione, e alla fine di un lungo confronto durato due anni.



DUPLICE IMPEGNO

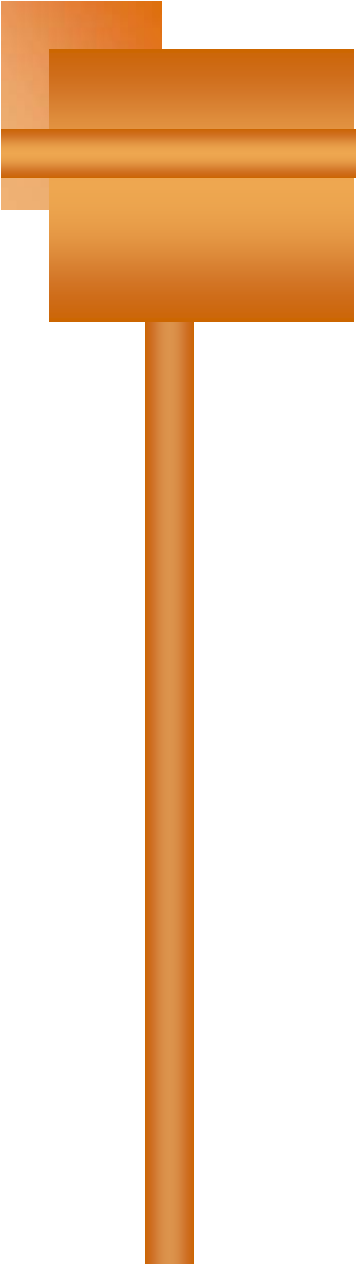
- Da un lato, mettere sotto controllo, attraverso un rigoroso inserimento di norme contrattuali, la dinamica giuridico-economica dello status dei pediatri di famiglia, legandolo alla funzione esclusiva, nell'ambito del Servizio sanitario pubblico, di garanzia della salute del bambino e dell'adolescente, così favorendo un percorso contrattuale di pari dignità funzionale rispetto a quello della dirigenza medica ospedaliera.
- Dall'altro, stabilizzare e rafforzare il settore della pediatria di famiglia, attraverso una operazione di diversificazione degli obiettivi e dei modelli finora propri della medicina generale.



LA PARTE GIURIDICA

- Questa parte è stata quella che ha richiesto un impegno maggiore, in quanto partivamo da un cambiamento radicale del nostro status giuridico rispetto all'attuale, con la possibilità di rappresentare per il prossimo futuro un pericolo concreto per la sopravvivenza della PdF.
- Il nuovo Accordo permette di:
- ribadire la **specificità del ruolo e della funzione** del Pediatra di Famiglia nell'ambito del SSN.
- Sancire il riconoscimento dell' **area pediatrica** e di conseguenza **la specificità dell'assistenza pediatrica**
- Offrire una **garanzia di continuità** alla Pediatria di Famiglia



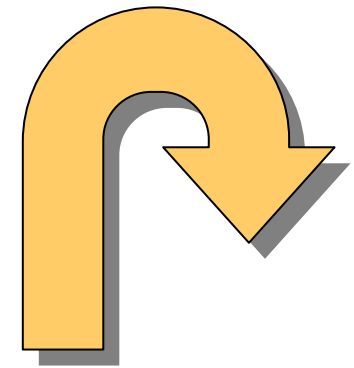


Partendo dal principio che il territorio è il punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, l'Accordo conferma che obiettivo di carattere generale è **promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria.**



LE GARANZIE

La specificità, che sinergicamente collegata alla definizione del rapporto di lavoro, crea un indissolubile connubio di garanzia per il futuro della categoria. Non una sorta di esclusiva, ma una vera e propria esclusiva giuridica, per funzioni e prestazioni, che obbliga le Regioni ad utilizzare esclusivamente, appunto, nella fascia di età 0-14 anni, i pediatri di famiglia convenzionati e nessun altro.



Garantire il diritto dei LEA pediatrici

- In modo il più possibile omogeneo su tutto il territorio nazionale per i bambini assistiti dal pediatra di famiglia
- Nel modo più personalizzato per i bambini che sono assistiti, in deroga, dal medico di medicina generale



Il nuovo mondo

- Cambiano i valori :
 - Da atti medici a processi produttivi diagnostico terapeutici
- Cambiano i ruoli :
 - da controllati a responsabilizzati
- Cambiano le strutture organizzative :
 - dal medico singolo alle forme associate
- Cambiano le unità operative :
 - da reparti funzionali a team di processo



Il nuovo mondo

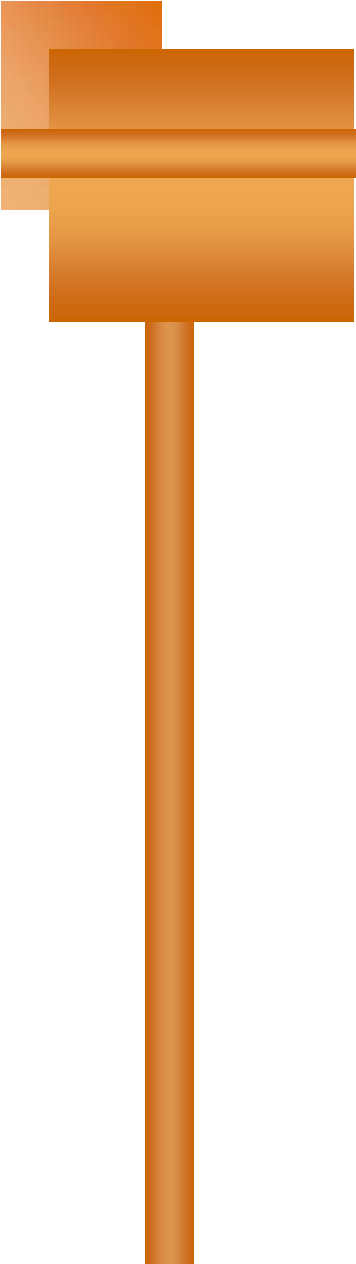
- Cambiano le mansioni :
 - da compiti semplici ad attività multidimensionali
- Cambiano i criteri di promozione :
 - dalle prestazioni alle capacità
- Cambia il sistema di valutazione della prestazioni e delle retribuzioni :
 - dalle attività ai risultati



Chi dice questo?

- Atto d'indirizzo
- Piano Sanitario Nazionale
- Accordo Stato Regioni





In ogni Regione la spesa sanitaria deborda ed è difficilmente governabile, sicché i Governatori hanno deciso di “risparmiare” dove si può. Le Regioni sono stanche di pagare con meccanismi automatici che prescindono da reali e misurabili risultati strettamente collegabili alla realizzazione di obiettivi di programmazione sanitaria regionale



I precedenti Accordi collettivi nazionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta già si posero in qualche modo fuori dal disposto della riforma sanitaria anche perché furono parzialmente messi in atto i meccanismi, che la legge di riforma (all'articolo 8) aveva analiticamente individuato correlandoli alla struttura del compenso spettante ai medici convenzionati.



Decreto legislativo n. 165/2001

La contrattazione collettiva disciplina, in coerenza con il settore privato, la durata degli accordi collettivi nazionali e integrativi, la struttura contrattuale e i rapporti tra diversi livelli sanitari e socio-sanitari. **Le pubbliche amministrazioni (ASL) attivano autonomi livelli di contrattazione collettiva integrativa, nel rispetto dei vincoli di bilancio** risultanti dagli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione.

La contrattazione collettiva integrativa si svolge sulle materie e nei limiti stabiliti dagli accordi collettivi nazionali, tra i soggetti e con le procedure negoziali che questi ultimi prevedono; essa può avere ambito territoriale e riguardare più amministrazioni (ASL).

Le pubbliche amministrazioni non possono sottoscrivere in sede decentrata contratti collettivi integrativi in contrasto con vincoli risultanti dagli accordi collettivi nazionali o che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione.

Le clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate

Compatibilità finanziaria Di tutti gli Accordi



I piccoli che assistiamo sono il terminale di differenti linee di relazioni

La prima collega le conoscenze (generate dalla ricerca e dall'esperienza, e diffuse attraverso la formazione) tramite il confronto tra pediatri di famiglia, e tra questi, i bimbi e il loro nucleo familiare.

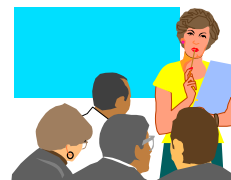
La seconda collega le motivazioni e la professionalità dei pediatri di famiglia ai loro comportamenti effettivi; relazioni classificabili di ***clinical governance***.

La terza collega le risorse finanziarie alla quantità dei beni e di altre condizioni "*reali*" necessarie per garantire l'offerta, relazione che può essere definita come ***governo della domanda***.



“ANATOMIA” DELLA DOMANDA

“GENERATORI” DI DOMANDA



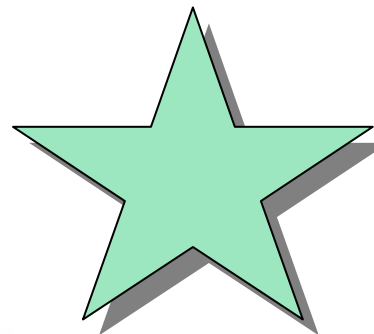
DIRITTO AL BENESSERE



APP. CLINICA



APP. DI CURA



APP. CLINICO-GESTIONALE



APP. GESTIONALE



DOMANDA E BISOGNI

Rapporti tra quantità di prestazioni e popolazione di riferimento

La domanda non è direttamente correlabile al bisogno:

- il bisogno sanitario non espresso, per mancata capacità di riconoscere (paziente-famiglia-medico) determinati problemi di salute
- le richieste di prestazioni non appropriate per inadeguate conoscenze, per consumismo sanitario, per medicina difensiva



Numerosi studi hanno evidenziato una relazione diretta tra l'incremento dell'offerta (numero di medici, di tecnologie, di posti letto, di prestazioni) e l'incremento della domanda, che ha portato al noto aforisma che "in sanità è l'offerta che determina la domanda". In realtà, senza voler banalizzare il problema, vi sono evidenze che non possono non preoccupare, poiché l'incremento dell'offerta da parte delle strutture si accompagna progressivamente non solo ad un incremento della domanda, ma anche ad una riduzione dell'appropriatezza.



Tale indicazione è nata dalla constatazione, evidenziata da esperienze internazionali e anche da alcune esperienze italiane, che inseguire solo l'incremento della produttività per rispondere alla domanda e ridurre i tempi di attesa non porta a maggiore salute, ma a maggiore spesa e rischio di maggiore inappropriatazza, e quindi, come conseguenza paradossale, maggiore spreco e maggiore inefficienza (aumento dei costi senza un aumento della salute).



NUOVO MODELLO CONVENZIONALE

Investire per il supporto dei valori sociali, intesi come cemento della società civile e strumento per rapportare i giovani cittadini e le loro famiglie alle Istituzioni ed ai servizi sanitari pubblici e privati

Costruire un nuovo modello di sanità territoriale attraverso una riprogettazione operativa che metta al centro non più la responsabilità ma la responsabilizzazione,

secondo i principi

dell'appropriatezza clinica, gestionale ed economica, e con un pieno coinvolgimento del pediatra di famiglia

nella pianificazione, nella programmazione e nell'allocazione delle risorse



RESPONSABILE

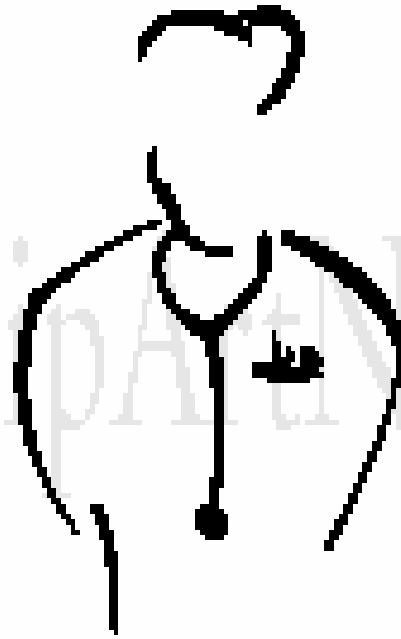
CHI DIRIGE UN PROGETTO / ORGANIZZAZIONE

**CHI HA L' INCARICO DI OCCUPARSI DI
QUALCUNO / QUALCOSA**

CHI E' CONSAPEVOLE DELLE PROPRIE AZIONI

CHI HA COMMESSO UNA AZIONE NEGATIVA

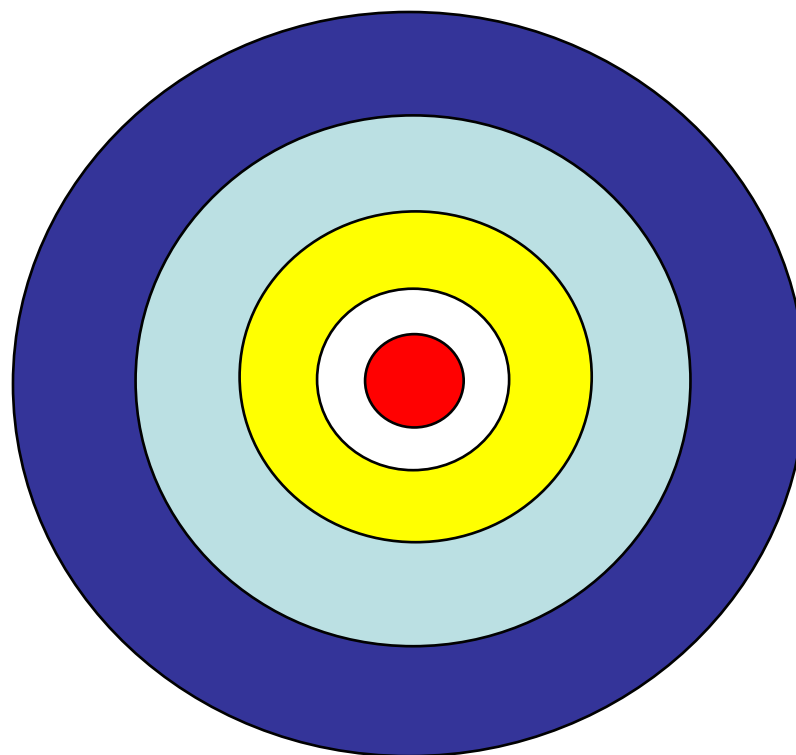




PDF **RESPONSABILE**
DELLA PREVENZIONE, DELLA DIAGNOSI,
DELLA CURA E DELLA RIABILITAZIONE



RESPONSABILITA' E CENTRALITA' DEL PDF



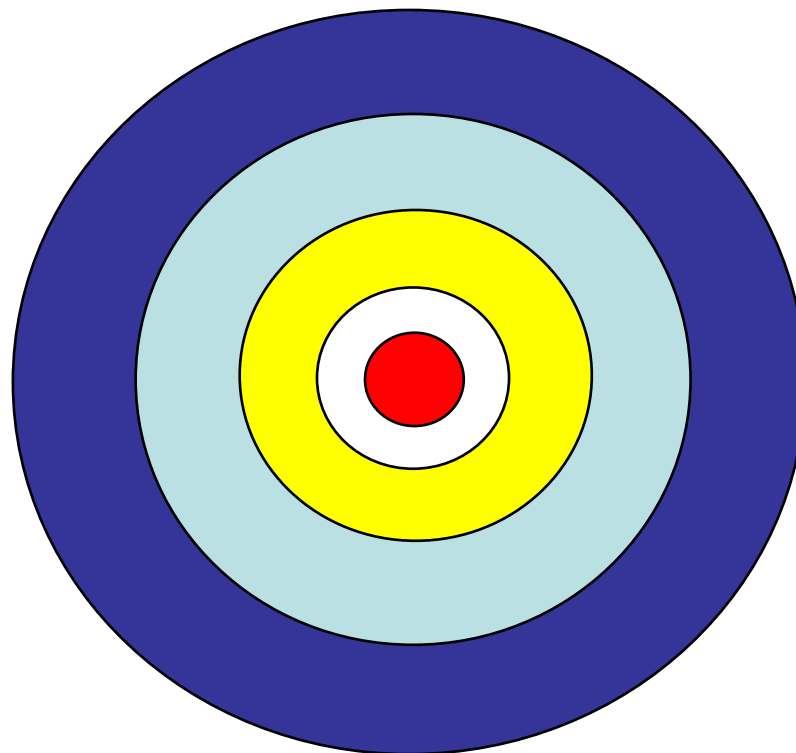
OFFERTA?

DOMANDA?

RISPOSTA?



RESPONSABILITA' E CENTRALITA' DEL PDF



CONTROLLO?

GOVERNO?

GESTIONE?



RESPONSABILITA' DI ...

**CONTROLLO
DELLE PRESTAZIONI
(appropriatezza GESTIONALE)**

**GOVERNO
DELLA SALUTE
(appropriatezza CLINICA)**

**GESTIONE
DEL BENESSERE
(appropriatezza CLINICO-GESTIONALE)**



PDF

**SODDISFA I BISOGNI DI SALUTE DI I° LIVELLO
E COORDINA LA RISPOSTA A BISOGNI DI SALUTE
PIU' COMPLESSI**



**PATTO CON I GENITORI DEL PICCOLO PAZIENTE DI
RESPONSABILITA' DELLA QUALITA'**
- DELLE CURE
- DEGLI ESITI (EFFICACIA)



**PATTO CON LA COLLETTIVITA' DI
RESPONSABILITA' SULL'APPROPRIATEZZA**
- NELL' USO DELLE RISORSE
- DI PROCESSO (EFFICIENZA)



DALLA RESPONSABILITA'...

che presuppone:

- 1 solo decisore
- autorità, potere gerarchico, strumenti operativi
- chiarezza di mandato, di vincoli, di spazi di azione
- sistema di premi / punizioni

E' astorica

...ALLA RESPONSABILIZZAZIONE

che presuppone:

- coinvolgimento nelle decisioni
- coscienza del ruolo
- percorso formativo
- salvaguardia dell' autonomia clinica "corretta" dalla GCP

E' calata nel contesto



OBIETTIVI

**NUOVO MODELLO CULTURALE E
COMPORTAMENTALE**

**MIGLIORAMENTO PERFORMANCES
CLINICO-ASSISTENZIALI**

**MIGLIORAMENTO DELL' APPROPRIATEZZA
GESTIONALE**



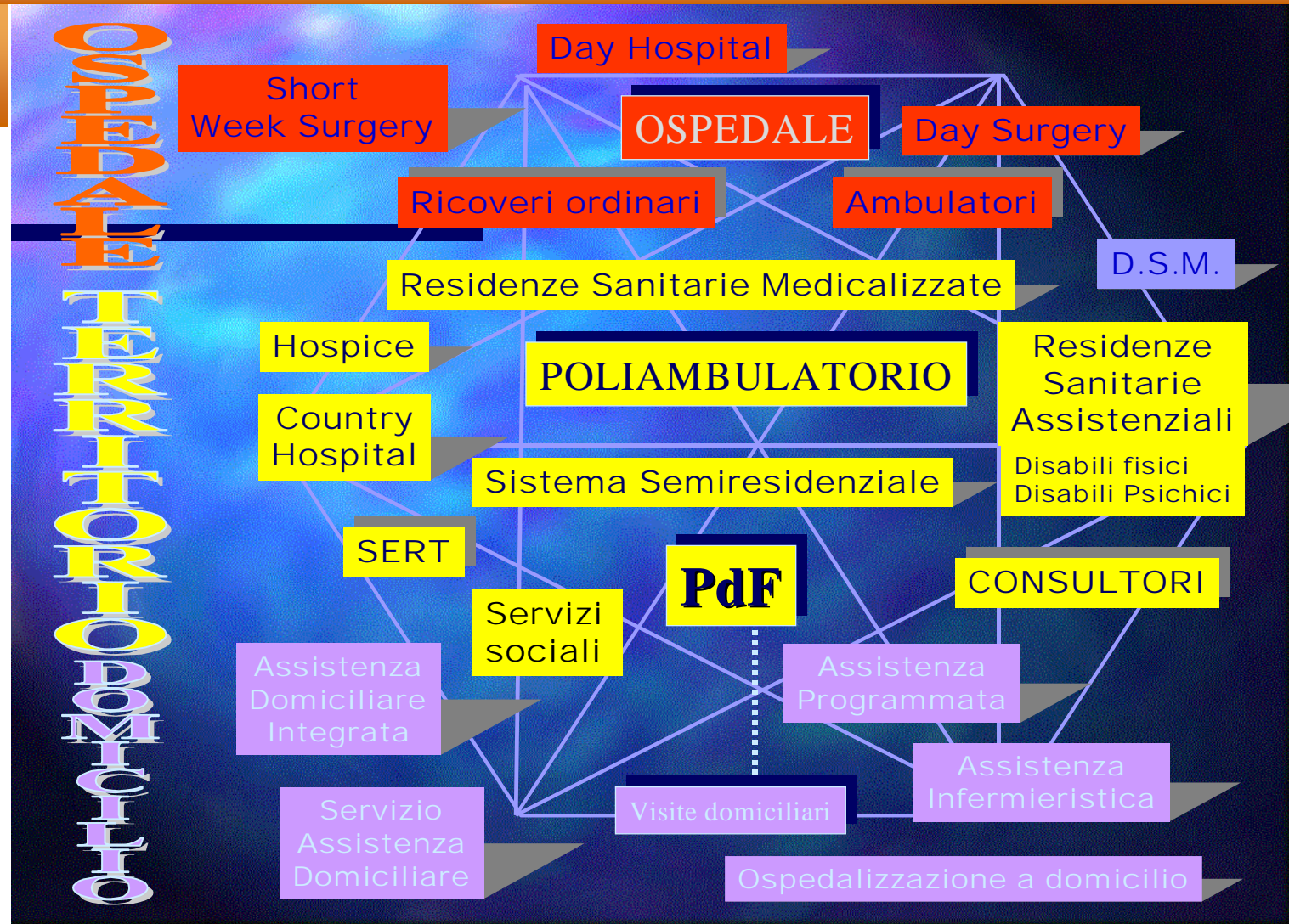


I MODELLI INTEGRATI

**DI ASSISTENZA SANITARIA, OLTRE AD OFFRIRE
UN APPROCCIO PIU' TEMPESTIVO E COORDINATO
AI PROBLEMI DEL PAZIENTE,
SPOSTANO L' ATTENZIONE DEI PROFESSIONISTI
COINVOLTI DALLA SINGOLA PRESTAZIONE
ALLA GESTIONE DELLA PATOLOGIA
NEL SUO COMPLESSO.**



Quale PdF nella rete di cure?



Conferenza Stato-Regioni

Obiettivi chiari

- al fine di avviare il processo di costituzione delle nuove modalità di aggregazione dei medici del territorio, per l'anno 2004, il 25% delle risorse destinate alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario sono riservate alle Regioni:
- Una quota per progetti destinati a zone dove risultano difficilmente applicabili modelli ad elevata integrazione strutturale (sedi uniche), che prevedano la **intensificazione della medicina associativa**.
- Una quota per progetti che prevedano la conferma e l'implementazione dei modelli aggregativi attuati dalle singole Regioni che avviino e sviluppino **il processo di graduale superamento dell'attuale organizzazione basata sugli studi individuali dei MMG e dei PLS**, e della medicina individualistica basata sull'azione del singolo professionista (il quale, attualmente, realizza il proprio intervento assistenziale in modo autonomo, se non slegato, rispetto agli altri professionisti...), permettendo:



Conferenza Stato-Regioni

Obiettivi chiari: PERMETTERE

**...L'integrazione tra MMG e PLS...
finalizzata ad ottenere:**

- L'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni specialistiche;
- La garanzia di una risposta ai bisogni sanitari afferenti alle cure primarie 24 ore su 24, per 7 giorni su 7;
- Il raccordo con iniziative in materia di budget di distretto.



Atto di Indirizzo

Obiettivo : **PERMETTERE**



**professionista
convenzionato
guida dei
percorsi
assistenziali
degli assistiti,**



Le “aggregazioni” possibili

- **Forme associative** (organizzazione dell'attività fra P.d.F.)
 - **Medicina in associazione**
 - **Medicina di gruppo**
- **Forme organizzative** (integrazione fra P.d.F, M.d.F., M.C.A. e professionisti di altri settori finalizzate a definiti obiettivi e/o standard assistenziali)
 - **Equipes**
 - **UTAP**
 - **UTCP**
- **Fattori umani di produzione** (per esecuzione compiti non medici connessi all'attività professionale)
 - **Personale di studio**
 - **Infermiere professionale**
- **Fattori tecnologici di produzione** (supporti all'allargamento dell'attività medica)
 - **Informatizzazione**
 - **Tecnologie diagnostiche (self - help)**



Art. 26 – Equipes Territoriali ed Utap

EQUIPES TERRITORIALI

momento organizzativo della medicina generale, della pediatria di libera scelta e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale

obbligatorie

UTAP ALTRE STRUTTURE ORGANIZZATIVE COMPLESSE (UTCP)

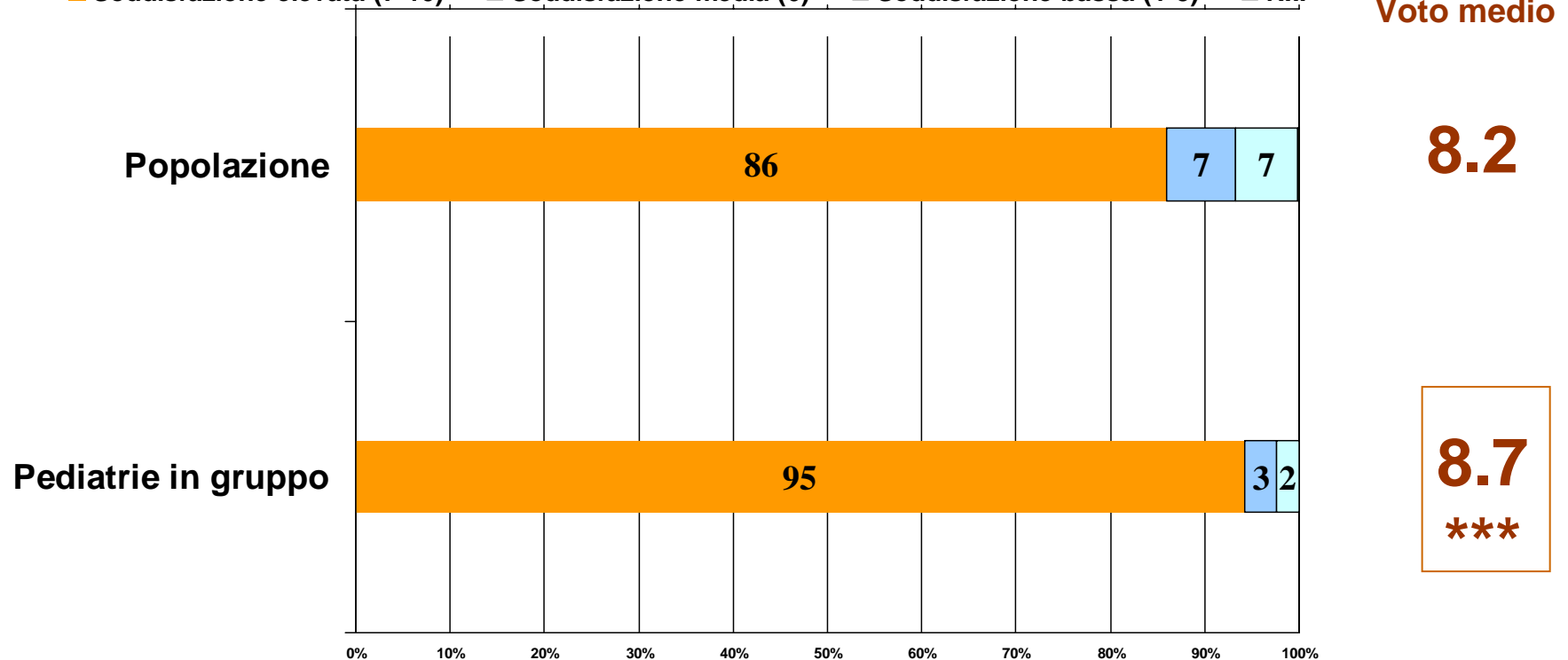
strutture territoriali **ad alta integrazione multidisciplinare** ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone. Tale modello organizzativo deve prevedere la **valorizzazione e la pari dignità di tutti le componenti** mediche, nello specifico dell'area pediatrica

volontaria



Giudizio complessivo di soddisfazione per il servizio offerto dal proprio pediatra di base

■ Soddisfazione elevata (7-10) ■ Soddisfazione media (6) ■ Soddisfazione bassa (1-5) ■ N.I.



Base: totale intervistati
Popolazione= 1013
Pediatrie in gruppo=500

1= per niente soddisfatto
10= completamente soddisfatto

LEGENDA DELLA SIGNIFICATIVITA'

*** = significatività al 99%
** = significatività al 95%
* = significatività al 90%

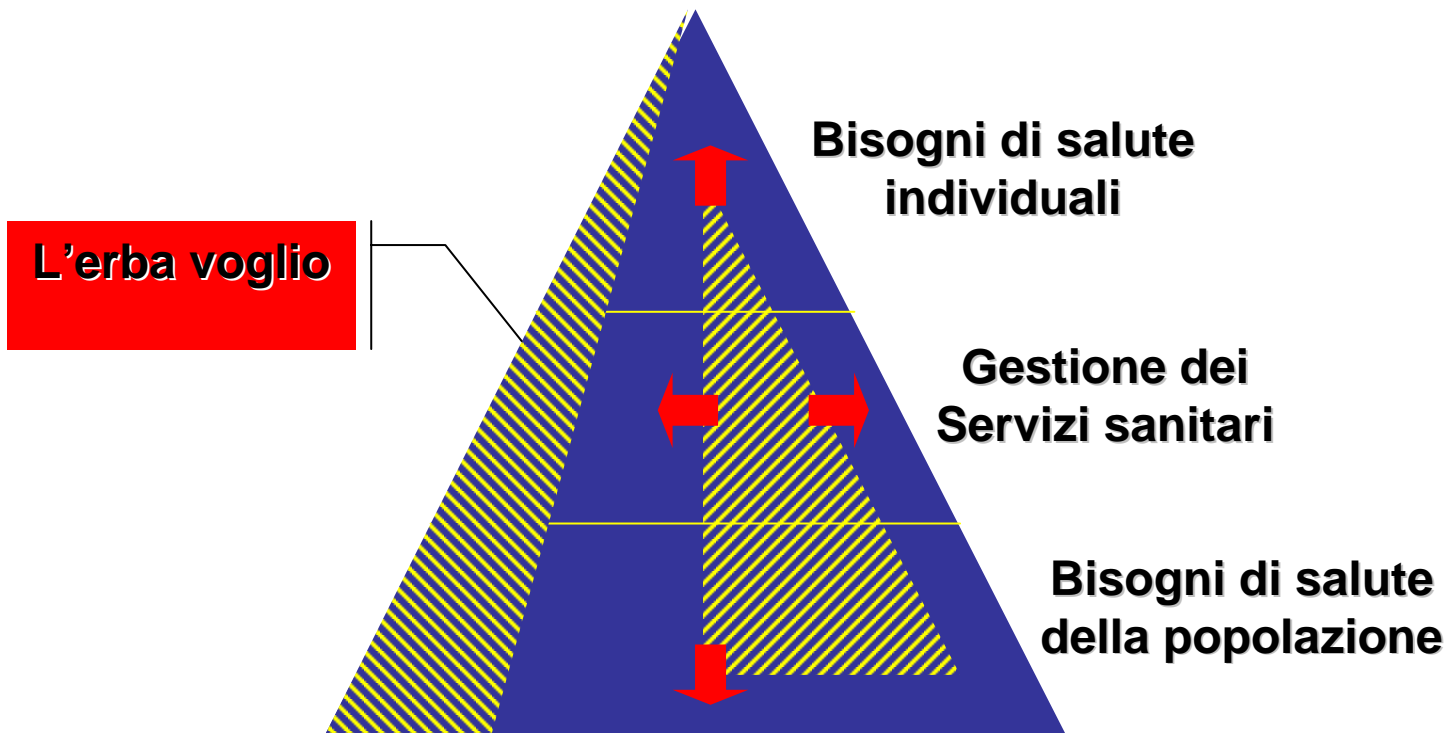


Gestione della domanda

- E' indispensabile utilizzare un approccio multifattoriale che influenzi la domanda lungo tutti i punti del percorso tra il primo contatto e ogni referente sanitario
- Il coinvolgimento dei pazienti nei processi decisionali ed una corretta informazione sanitaria possono ridurre consistentemente l'uso dei servizi sanitari
- La realizzazione di nuovi modelli organizzativi é indispensabile nella gestione della domanda di salute
- Un nuovo e interattivo dialogo tra Pediatri e specialisti, anche utilizzando le nuove tecnologie, consente di ridurre le prestazioni sanitarie erogate e la domanda di salute indotta



Il diverso approccio ai bisogni di salute...



clinical governance **non** significa:

- privilegiare criteri di scelta economici rispetto a criteri medico-scientifici o a criteri etici e di personalizzazione dei rapporti di assistenza, in particolare quando parliamo delle giovani generazioni;
- subordinare la qualità dell'assistenza, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione degli assistiti, al criterio di economicità. Cioè, all'efficienza e al raggiungimento del pareggio di bilancio;
- ridurre l'autonomia professionale dei pediatri di famiglia applicandogli un tetto di spesa.



Per noi, *clinical governance*,

significa

- creare, attraverso gli AACRR e gli accordi aziendali, le condizioni favorevoli affinché i pediatri di famiglia possano dare risposte efficaci ai problemi dei bambini e a quelli, conseguenti, delle loro famiglie, salvaguardando il contenuto umanizzante delle relazioni tra le parti in causa.



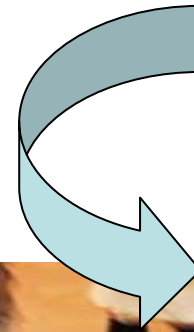
Ruolo del sindacato

- In questo contesto giuridico e in un quadro prospettico di maggior responsabilizzazione, domani, ancor più di oggi e di ieri, ci troveremo a dover gestire la tutela dei bambini da noi assistiti con il nostro impegno professionale attraverso un coinvolgimento sempre maggiore del sindacato nelle scelte programmatiche in particolare delle istituzioni regionali e delle loro articolazioni periferiche, senza spazi di deleghe ad altri.



Ruolo del sindacato

- Il baricentro della contrattazione è ora notevolmente spostato dal livello centrale a quello locale. L'ACN indica chiaramente le materie oggetto di contrattazione decentrata sulle quali trovare e costruire l'accordo.

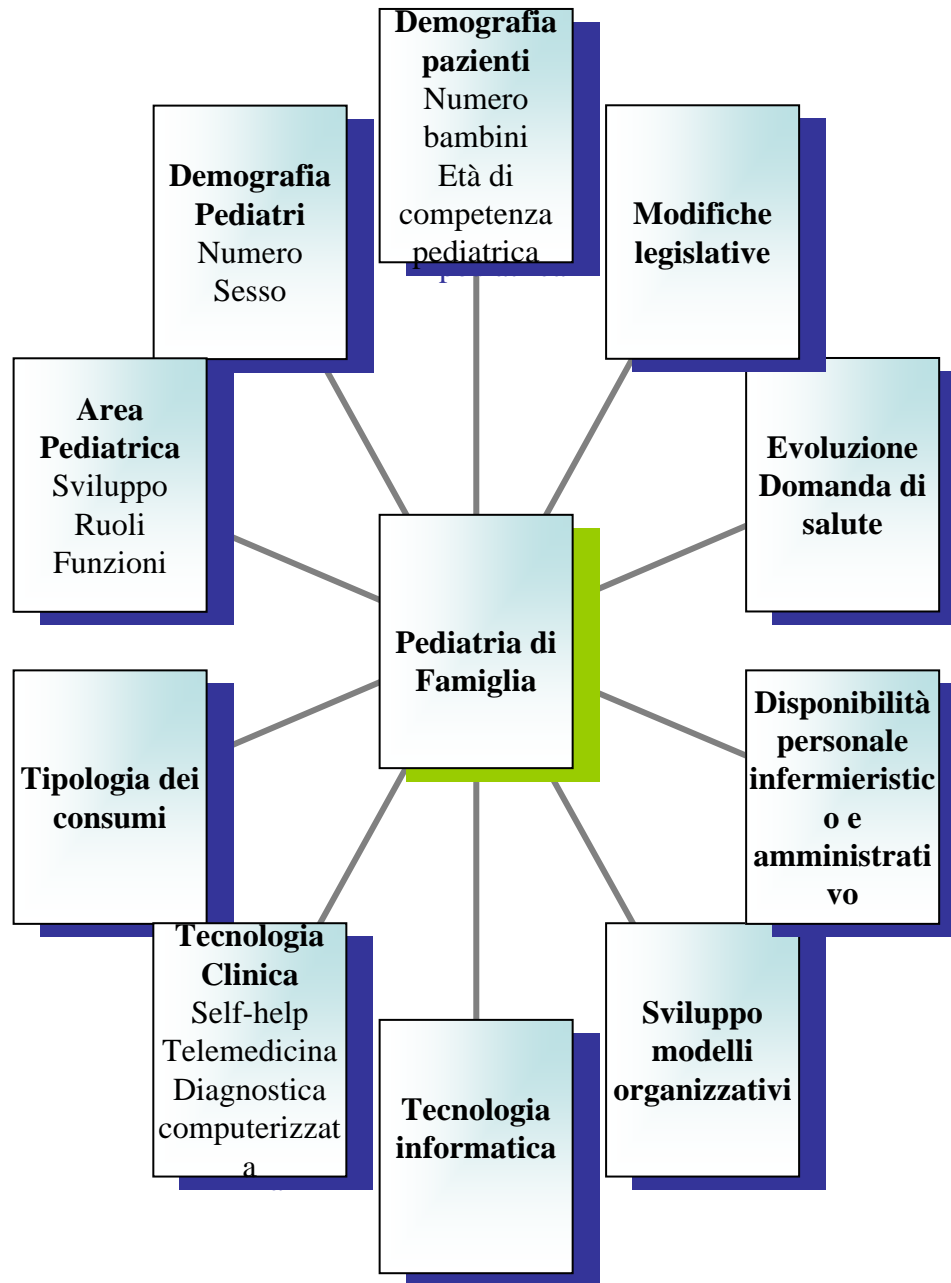


Ruolo del sindacato

- E' una svolta fondamentale per le strutture regionali e provinciali della FIMP, che diventano, anche per l'aspetto delegificatorio delle norme cedevoli, soggetti contraenti a pieno titolo per le parti ad esse demandate



C
o
m
e
s
a
r
e
m
o
?



IL PEDIATRA DI FAMIGLIA, FIORE ALL'OCCHIELLO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Indagine CENSIS 2006

Più dell' 80% delle persone intervistate considerano ottimo o buono l'operato del Pediatra di Famiglia

Più del 90% è sicuro di trovarlo nello studio agli orari prefissati e ritiene che la visita non sia frettolosa

L'85-90% degli utenti è soddisfatto dell'attenzione riposta dal pediatra sugli aspetti psicologici e relazionali della visita ed è convinto che i sintomi del proprio bambino siano valutati attentamente

Il 70% degli intervistati è consapevole che, qualora sia necessario, il PdF è disponibile a recarsi al domicilio del paziente

Il 90% pensa che il pediatra cerca di farsi carico del problema, senza ricorrere ad Altri specialisti di branca

Il 90% afferma che non vi è spreco di farmaci prescritti inutilmente



Grazie



Giuseppe Mele
Segretario Nazionale FIMP