

Preaccordo con le organizzazioni sindacali dei Pediatri di libera scelta in applicazione dell'ACN di pediatria

In applicazione dell'art.4 dell'ACN per la pediatria di libera scelta, in vigore dal 15/12/2005, l'Assessore regionale alle Politiche per la salute e le Organizzazioni sindacali firmatarie dell'ACN

Concordano

sui contenuti del presente documento, per la condivisione del modello organizzativo del sistema delle cure primarie in Emilia-Romagna, la qualificazione, gli obiettivi e la funzionalità delle forme associative di pediatria e dei supporti di studio, la disciplina di alcuni istituti contrattuali.

Modello organizzativo delle cure primarie

I più recenti provvedimenti legislativi regionali (L.R. n. 2/03, L.R. n.27/04, L.R. n.29/04) e la prima bozza di Piano Sociale e Sanitario muovono coerentemente verso un obiettivo comune: garantire una risposta il più possibile integrata, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, alla emergente complessità dei bisogni. La legge regionale n.29/2004, tende a completare la riorganizzazione, ponendo definitivamente al centro del sistema il Distretto, tramite il consolidamento del ruolo di committenza ed integrazione.

Fra gli Organismi del Distretto, il P.S.S. punta, in particolare, sul Nucleo delle Cure Primarie (NCP). I Nuclei di cure primarie sono articolazioni organizzative multiprofessionali del Dipartimento di cure primarie, per l'assistenza extra ospedaliera e devono perseguire il miglioramento dell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore e sette giorni su sette.

L'azione congiunta di MMG, PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio assistenziali, nell'ambito di un sistema di autonomie e responsabilità e attraverso il modello di reti integrate, può consentire le risposte più adeguate alle differenti esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini.

I pediatri aderenti ai NCP partecipano all'individuazione di obiettivi, finalità e modalità operative condivise, indispensabili per potenziare la risposta clinico-assistenziale ai diversi bisogni del bambino e della sua famiglia, anche attraverso l'organizzazione funzionale trasversale dell'UPD, o organismi similari qualora adottati dalla Azienda USL, al fine di promuovere pienamente i progetti di assistenza socio-

sanitaria dell'area pediatrica. Lo sviluppo delle forme associative è considerato un elemento qualificante del processo di organizzazione del NCP, per realizzare comuni metodologie di lavoro e valutare la corrispondenza delle attività realizzate agli obiettivi di distretto.

Forme associative e organizzazione dello studio

Per favorire la più ampia copertura delle forme associative rispetto alla popolazione pediatrica, si concorda di non individuare tetti di riferimento, superando così le indicazioni dell'ACN, ma di qualificare maggiormente le attività svolte in forma associata, uniformando le caratteristiche funzionali e gli obiettivi perseguiti.

Fermo restando il rispetto delle finalità e delle modalità operative indicate all'art.52 dell'ACN - riguardanti in particolare: atto costitutivo e sua notificazione, delegato della forma associativa, divieto a svolgere libera professione strutturata per orario superiore a quello previsto all'art.57, comma 7, obbligo di comunicazione ai genitori degli iscritti, sostituzioni interne, competenze del pediatra - i requisiti che devono essere posseduti dalle forme associate di pediatria sono:

1. della forma associativa possono far parte soltanto pediatri che svolgono in modo esclusivo l'attività di pediatra convenzionato, con distribuzione degli studi medici nell'ambito territoriale afferente al Nucleo di Cure primarie e, comunque, all'interno dell'ambito distrettuale
2. della forma associativa fanno parte tre o più pediatri di libera scelta
3. ciascun pediatra può far parte di una sola forma associativa
4. ciascun pediatra è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri associati, anche mediante l'accesso informatizzato agli strumenti di informazione di ciascun pediatra, pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito
5. deve essere assicurata complessivamente da parte dell'associazione, l'assistenza giornaliera negli studi per un numero di ore superiore a 5, distribuite nel mattino e nel pomeriggio. Le fasce orarie di riferimento si intendono dalle 8 alle 13 per il mattino e dalle 13 alle 19 per il pomeriggio con un minimo di due ore per fascia. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei pediatri associati la ricezione delle richieste di visite, secondo quanto previsto dall'art.46, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il pediatra
6. chiusura pomeridiana di uno degli studi non prima delle ore 19
7. ciascun pediatra garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana e il rispetto dell'orario minimo previsto all'art.35, comma 5

8. i pediatri realizzano il coordinamento della propria attività di assistenza domiciliare (art.51) in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più pediatri dell'associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste in materia di recepimento delle chiamate (art.46)
9. partecipano a progetti condivisi che favoriscano l'integrazione di attività con i medici del Servizio di Continuità assistenziale
10. assicurano la gestione della scheda individuale ed altra documentazione socio-sanitaria in forma informatizzata con la possibilità di scambio informativo e di dati con l'azienda
11. devono essere previste riunioni periodiche fra i pediatri costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa abbia aderito
12. i pediatri partecipano alla condivisione ed implementazione di linee-guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza

La pediatria di gruppo si caratterizza, inoltre, per:

- a. sede unica, articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli pediatri possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma in orari aggiuntivi a quelli previsti nella sede del gruppo
- b. utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni ed eventualmente di personale di segreteria e infermieristico comune
- c. utilizzo di software compatibili, collegati in rete e predisposti per il collegamento con i servizi aziendali
- d. la partecipazione a programmi ambulatoriali per patologia con modalità definite dagli accordi aziendali

Ai fini del riconoscimento delle forme associative e delle relative indennità, le stesse devono possedere i requisiti sopra indicati.

Le forme associative già riconosciute fino al 15.12.2005 dovranno adeguare la propria organizzazione e funzionalità a detti requisiti, se non posseduti. L'Azienda sanitaria è tenuta alla verifica del loro possesso entro il 31.12.2006. Qualora, senza giustificati ed oggettivi motivi, la forma associativa non fosse adeguata, la stessa non sarà più riconosciuta, con recupero delle indennità già versate da gennaio 2006.

Per quanto concerne gli atti costitutivi presentati dopo il 15.12.2005, il riconoscimento della relativa forma associativa è valutato dall'Azienda in conformità ai requisiti sopra indicati.

Qualora il numero dei PLS inseriti nell'ambito territoriale afferente al NCP e, comunque, all'interno dell'ambito distrettuale, non sia tale da consentire la costituzione di forme associative con almeno tre PLS, o per situazioni logistico-ambientali particolari, in sede di Comitato Aziendale saranno valutate le motivazioni per una possibile deroga. Tale deroga può riguardare anche le pediatrie di gruppo già esistenti alla data del 15.12.2005.

Ai pediatri che alla data del 15 dicembre 2005 percepivano le indennità di forma associativa, di utilizzo di collaboratore di studio e di personale infermieristico, saranno corrisposte, con il cedolino delle competenze relative al mese di aprile, le indennità adeguate alle nuove quote previste dall'ACN, fino al massimo di 880 scelte (o massimale inferiore, più il 10%), con decorrenza 1.1.2005.

Per l'anno 2006 è valido il tetto previsto dall'ACN, per gli assistiti da pediatri che utilizzano il collaboratore di studio (12% a livello aziendale) e per il personale infermieristico (3% a livello aziendale), scorporato degli assistiti dei PLS operanti in forma associata. Dal 2007 il tetto previsto per il collaboratore di studio non sarà più in vigore.

Il pediatra che usufruisce dell'indennità di collaboratore di studio e personale infermieristico garantisce la presenza di detto personale per almeno dieci ore settimanali. L'indennità corrisposta dall'Azienda non deve in nessun caso superare l'ammontare degli oneri sostenuti dal pediatra.

L'indennità di informatizzazione non ha più tetto di riferimento a partire dal 1.1.2006

Altri istituti contrattuali

Scelte in carico

Il vigente ACN non prevede la deroga al massimale per i pediatri che, in ragione di specifiche normative, avevano la quota individuale di 1000 scelte. Il massimale di scelte è pertanto di 800 per tutti i pediatri, o quote individuali inferiori.

Il numero di scelte in carico a ciascun pediatra, comprese quelle che a termini convenzionali non concorrono alla determinazione del massimale individuale (art.38, comma 13, art.39, commi 7 e 11) non può essere superiore a 1000. Nulla è dovuto per gli assistiti oltre tale numero. L'attribuzione di nuove scelte oltre tale limite, con il riconoscimento economico, viene autorizzata dall'Azienda in relazione a specifiche situazioni finalizzate a garantire l'assistenza pediatrica.

Composizione del Comitato Regionale ex art. 24 e dei Comitati Aziendali ex art. 23

Fatto salvo quanto potrà essere definito dagli accordi regionali relativamente ai compiti ed alle modalità di funzionamento, la composizione di parte sindacale dei Comitati è così definita:

Comitato Regionale: i componenti di parte sindacale, per un totale complessivo non superiore a sei, sono i segretari regionali delle OO.SS. firmatarie dell'ACN nazionale, o loro delegati, ed ulteriori rappresentanti in numero di tre per la FIMP e di uno per la CIPE;

Comitato Aziendale: i componenti di parte sindacale, per un totale complessivo non superiore a quattro, sono i segretari provinciali delle OO.SS., o loro delegati, ed ulteriori rappresentanti in numero direttamente proporzionale alla consistenza associativa rilevata al 31.12.2005.

Competenze economiche in applicazione dell'ACN 15.12. 2005, sono state concordate le seguenti scadenze:

- cedolino competenze mese di febbraio 2006: erogazione degli arretrati 2001-2003;
- cedolino competenze mese di marzo 2006: erogazione degli arretrati 2004 con adeguamento aliquote ENPAM;
- cedolino competenze mese di aprile 2006: corresponsione delle quote capitarie di cui al comma 4, lett.a, e comma 14, lett.b, dell'art.58 e adeguamento delle indennità previste per l'organizzazione dell'attività;
- cedolino competenze mese di maggio 2006: messa a regime degli emolumenti spettanti secondo gli importi previsti dal nuovo ACN, ivi compreso il compenso aggiuntivo di € 12 annui per bambino in carico che non abbia compiuto il 6° anno di età. La quota relativa al mese di compimento del 6° anno viene corrisposta se la data di compimento si verifica dal 16° giorno del mese in poi.

I punti precedenti, d'intesa fra le parti firmatarie, non sono da considerarsi esaustivi della negoziazione regionale, che troverà più ampia e definitiva elaborazione in sede di accordo conclusivo.

Bologna _____

Assessore alle Politiche per la Salute _____

FIMP _____

CIPE _____

