

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

FeSPA: primi passi nella contrattazione

Bocciata la bozza dell'Atto di Indirizzo

Dopo la certificazione che ha riconosciuto la rappresentatività della nostra nuova aggregazione sindacale (Argomenti 3/2013, pagina 11), FeSPA, la Federazione Specialistica Ambulatoriale comincia a muovere i primi passi ai tavoli negoziali, primi passi concretizzati nella partecipazione della sigla all'incontro informale svoltosi presso la sede della conferenza delle Regioni e nella bocciatura della bozza di Atto di Indirizzo successivamente approvata dal Comitato di Settore.

Le principali criticità sono state evidenziate in un comunicato, in cui sono state stigmatizzate, in particolare, l'assenza di previsioni che consentano una adeguata armonizzazione e integrazione tra le figure

professionali coinvolte, nell'ottica di una piena integrazione tra tutti i professionisti territoriali e ospedalieri e la mancata attenzione al problema del precariato.

Da tempo, infatti, SIVeMP, SMI, FVM, e ora anche FeSPA chiedono con forza il riassorbimento di tutti i lavoratori atipici in sanità in forme contrattualmente riconosciute.

Le altre richieste della Federazione sono state:

- la previsione di un effettivo investimento in tecnologia anche risolvendo il nodo dell'informatizzazione;
- il pieno ed effettivo riconoscimento della maternità dal punto di vista contrattuale;
- l'estensione all'ACN dell'applicazione della Legge 104/1992 per i permessi.



Bozza Atto di Indirizzo

Premessa

L'art.1 della Legge 189/2012, accanto a nuove disposizioni per le Regioni, detta nuovi indirizzi per gli Accordi Collettivi Nazionali relativi all'area del personale convenzionato, innovando per molti aspetti il testo dell'art.8 del Dlgs 502/92 e smi.

Inoltre la legge, come previsto al comma 6, indica dei tempi e delle priorità nell'adeguamento degli accordi collettivi nazionali, che deve avvenire con particolare riguardo ai principi di cui ai punti: b-bis) disciplina delle forme organizzative mono e multi professionali; b-ter) adozione di eventuali forme di finanziamento a budget delle forme organizzative multi professionali; b-quater) principali caratteristiche del coordinatore delle AFT e delle UCCP; b-quinquies) disciplina delle modalità con cui si dotano le forme organizzative (AFT e UCCP) dei fattori produttivi necessari; b-sexies) disciplina delle modalità attraverso cui le Aziende Sanitarie concordano i programmi di attività delle forme organizzative (AFT e UCCP) e definiscono i conseguenti livelli di spesa; h) disciplina dell'accesso al ruolo unico della medicina generale; h-bis e h-ter) disciplina dell'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta e di specialista ambulatoriale.

Tuttavia, si ritiene opportuno procedere alla revisione complessiva degli ACN (medicina generale, pediatria e specialistica ambulatoriale) al triplice scopo di: a) procedere a una revisione generale degli ACN, per renderli strumento attivo di una radicale trasformazione dell'organizzazione e delle modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni di assistenza primaria; b) conferire maggiore chiarezza e maggiore coerenza interna al testo degli stessi; c) introdurre le disposizioni della legge 150/2009 in quanto applicabili al settore del convenzionamento; d) snellire la struttura degli ACN cercando di orientarli maggiormente verso gli indirizzi e i principi generali, per lasciare più spazio ai livelli decentrati di contrattazione nel rispetto dell'autonomia e delle competenze regionali conferite dal titolo V della Costituzione.

Indirizzi per i nuovi ACN

Il processo di revisione e aggiornamento degli ACN vigenti deve avvenire senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica. In sintesi, si tratta da un lato, di rivedere e completare le norme vigenti relative alle AFT e alle UCCP, per renderle più rispettose del nuovo testo dell'art. 8, comma 1 del Dlgs 502/92; dall'altro di introdurre e disciplinare nell'ACN della Medicina Generale il nuovo istituto del ruolo unico della medicina generale. Inoltre, i nuovi ACN devono recepire, in modo esplicito e non ambiguo, il principio della obbligatorietà dell'adesione dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, così come previsto dal punto m-ter del comma 2, art.1 della legge in questione.

Tale processo di aggiornamento e integrazione degli ACN vigenti che dovrà riguardare anche altri aspetti rispetto a quelli citati, quali ad esempio: rappresentatività e diritti sindacali, modalità di compenso dei professionisti convenzionati, integrazione professionalità per l'assistenza nelle carceri e del servizio sanitario del personale navigante (SASN), deve avvenire per tutti i livelli negoziali, senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica.

I nuovi principi introdotti nell'art.8 del Dlgs 502/92 chiedono prima agli Accordi nazionali e a cascata a quelli regionali e aziendali di delineare un assetto organizzativo dei servizi territoriali delle cure primarie che, per la componente convenzionata, sia strutturato esclusivamente attorno a due forme organizzative, le AFT e le UCCP inserite in una rete di strutture territoriali di riferimento, entro le quali si deve sviluppare l'attività dei vari professionisti, collegate attraverso la programmazione delle attività e la definizione dei livelli di spesa al Distretto sanitario. Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra, assieme a loro pari (nelle AFT) o assieme ad altri professionisti (nelle UCCP), collegati alla rete informatica, al sistema informativo nazionale e al resto della rete dei servizi regionali, rappresenta il modo per garantire l'assistenza per l'intero arco della giornata e per 7 giorni la settimana, ridurre il bisogno di impegnare i servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentare l'efficienza complessiva del SSN e quindi operare a favore della sua sostenibilità.

Per facilitare il processo di integrazione tra i professionisti convenzionati, in particolare tra i medici di medicina generale, è previsto che si istituisca il ruolo unico della medicina generale, vale a dire uniformi requisiti e modalità di accesso alle funzioni oggi ricomprese in questo settore di attività in particolare l'assistenza primaria e la continuità assistenziale.

Tale processo tuttavia deve avvenire fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali (comma 3, art.1. Legge 189/2012).

Tenuto conto dell'obbligatorietà dell'adesione alle forme associative definite dalle regioni (AFT E UCCP) e alla rete informatica e in-

formativa quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione, compiti specifici delle nuove convenzioni nazionali sono quelli elencati di seguito:

- Definire tempi certi e modalità con cui le regioni provvedono a superare tutte le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo, ecc.), per sostituirle con le AFT e le UCCP, tenendo conto delle specificità regionali, che non possono comunque superare dodici mesi dalla stipula della convenzione nazionale.
- Definire il riutilizzo delle indennità e degli incentivi ora erogati per lo sviluppo strutturale ed organizzativo (associazionismo, indennità informatica, incentivi per il personale o altro) allo scopo di finanziare i fattori produttivi delle AFT e UCCP, secondo modalità definite dalle regioni.
- Prevedere che nell'ambito della revisione del trattamento economico, la quota per assistito resti definita nell'ambito dell'ACN, la parte restante (quota variabile e quota per servizi) andrà regolamentata all'interno dei nuovi Accordi Regionali, garantendo l'invarianza delle risorse finanziarie rese disponibili dal vigente ACN.
- Definire le caratteristiche generali (funzioni, competenze professionali), nonché i compiti e i criteri di selezione del referente o coordinatore delle AFT e delle UCCP, lasciando poi alla programmazione regionale i criteri specifici da definire in relazione alle modalità organizzative di ogni singola regione.
- Individuare condizioni generali, requisiti di massima, tempi e modalità con cui le Regioni, sulla base delle rispettive specificità ed in coerenza con la programmazione regionale, provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle AFT e delle UCCP sulla base di accordi regionali che non devono comportare a qualsiasi titolo oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. Tra le condizioni va inserita la necessità di supportare attraverso la disponibilità dei fattori produttivi solo l'attività istituzionale svolta dal medico e non anche quella libero-professionale. Gli accordi regionali dovranno individuare strumenti e procedure finalizzati al rispetto di tale principio.
- Definire le linee di indirizzo per le modalità e le caratteristiche della divisione del lavoro tra i professionisti che compongono sia l'AFT che l'UCCP, anche in relazione all'istituzione del ruolo unico, capace di garantire una copertura assistenziale giornaliera per 7 giorni la settimana a livello distrettuale. L'istituzione del ruolo unico dovrà anche facilitare la possibilità di una riorganizzazione degli orari di attività della medicina generale, per un'effettiva continuità assistenziale, in collegamento con le centrali operative del 118, sulla base della programmazione regionale. Tra le modalità va incluso il processo di riconversione delle strutture ospedaliere e/o la realizzazione di strutture territoriali e/o organizzative interdisciplinari di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria, coerenti con la programmazione regionale.
- Prevedere le modalità attraverso cui le aziende sanitarie locali individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle AFT e delle UCCP e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati anche avvalendosi delle forme di finanziamento a budget che le stesse aziende sanitarie possono adottare nei confronti delle UCCP;
- Istituire il ruolo unico della medicina generale e prevederne l'accesso a mezzo di una graduatoria unica per titoli annualmente stilata a livello regionale, secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali; vista la complessità dell'istituto, l'ACN dovrà prevedere una graduale applicazione della norma e partire dalla realizzazione compiuta del nuovo assetto organizzativo (AFT e UCCP);
- Per l'istituzione del ruolo unico è opportuno prevedere l'unificazione dei testi delle convenzioni delle figure coinvolte (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale);
- Prevedere l'indicazione di un rapporto ottimale omogeneo sul territorio nazionale; gli accordi regionali, sulla base di dimostrate necessità legate a caratteristiche orogeografiche e/o a specifiche modalità organizzative, possono introdurre variazioni;
- il fatto di delegare agli accordi regionali – e non alla programmazione regionale – la determinazione del rapporto ottimale rischia di rendere ingestibile il nuovo assetto organizzativo anche in relazione al ruolo unico;
- Prevedere anche per la pediatria di libera scelta che l'accesso alla graduatoria per titoli predisposta annualmente dalla regione avvenga secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali e modificabile in base al principio di cui al punto precedente, tenendo conto in particolare della necessità di tutela fasce di età pediatrica da 0/6 anni;
- Prevedere, all'interno delle AFT di PLS, la presenza di pediatri ospedalieri dipendenti con la finalità di migliorare la continuità e la qualità assistenziale in età pediatrica;
- Prevedere per l'ambito della Specialistica Ambulatoriale Interna, una maggiore integrazione di questi professionisti, attraverso una assegnazione e partecipazione formalizzata alle nuove forme organizzative, sia AFT che UCCP, definite dalla programmazione regionale;
- Rivedere la normativa in tema di rappresentatività e diritti sindacali, senza costi aggiuntivi a carico della finanza pubblica, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale. Va rivisto il meccanismo di quantificazione e di attribuzione delle ore di disponibilità sindacale e le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacali;
- Verificare la coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative della legge 150/09 e procedere agli eventuali adeguamenti;
- Per il monitoraggio degli esiti dell'Accordo, al fine di seguire l'evoluzione del cambiamento prefigurato dall'accordo medesimo, va istituito un flusso informativo dalle regioni verso SISAC, che contenga le principali voci di spesa e i principali elementi costitutivi dell'assetto organizzativo regionale dell'organizzazione territoriale.

Alla sottoscrizione del nuovo ACN e con la finalità di realizzare, compiutamente ed in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale, il nuovo modello organizzativo anche sulla base delle indicazioni dell'articolo 1 della legge 189/2012, va prevista la decadenza ed il successivo rinnovo di tutti gli accordi regionali vigenti, almeno in quelle parti che riguardano l'assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale e il relativo finanziamento.