

Piattaforma negoziale

La struttura dell'accordo

- parte normativa quadriennale: 2006 – 2009
- parte economica biennale: 2006 – 2007
(L. 311/04 comma 178)
- ACN: principi generali ed obiettivi correlati
- AIR: applicazione obiettivi definiti dall'ACN

Piattaforma negoziale

I principali elementi di novità

- principi generali
- obiettivi specifici
- aspetti finanziari

Piattaforma negoziale

I principi generali

- *Organizzazione* → *tutela della salute*
- *Integrazione*
- *Continuità assistenziale*
- *Governo clinico*
- *Equità di accesso*
- Obbligo di inserimento nell'assetto organizzativo scelto dalla Regione
- Collaborazione con la specialistica ambulatoriale e incompatibilità con gli specialisti privati

Piattaforma negoziale

Gli obiettivi specifici

- aspetti organizzativi
- sistemi informatici e flussi informativi
- livelli di assistenza

Piattaforma negoziale

Obiettivi specifici: aspetti organizzativi

- Attività in associazioni complesse, come pre-requisito
- Riallocazione incentivi a favore delle associazioni complesse
- Sviluppo associazioni complesse e ricerca delle relative economie di scala
- Integrazione medici Continuità Assistenziale nelle associazioni complesse e nei servizi di emergenza territoriale
- Coinvolgimento programmato specialisti ambulatoriali nelle associazioni complesse e nell'assistenza domiciliare
- abolizione doppio incarico ai medici di CA e a quelli di MdS e progressivo superamento diverse forme di remunerazione

Piattaforma negoziale

Obiettivi specifici: sistemi informatici e flussi informativi

- Obbligo adesione programmi informatici regionali
- Debito informativo: dati demografico-epidemiologici definiti da tavolo nazionale
- Invio telematico delle ricette secondo le modalità di cui al comma 5 bis, art.50, L326/03

Piattaforma negoziale

Le proposte della SISAC

I pre-requisiti

Sono due: un assetto organizzativo fondato su forme associative complesse e lo sviluppo dell'Ict Il primo presuppone che i medici debbano necessariamente lavorare in un gruppo professionale per poter essere convenzionati. Il secondo prevede che la funzione informatica, in quanto parte integrante dell'assetto organizzativo della Regione, sia anche uno strumento di cui il medico è tenuto a servirsi se vuol essere convenzionato.

Responsabilità regionale

I convenzionati svolgeranno la loro attività all'interno dell'assetto organizzativo che ogni Regione avrà scelto di darsi, mentre finora l'attività di Mmg e pediatri era svolta di norma presso il proprio studio che poteva far parte anche di gruppi di studi collegati tra loro. Intanto Regioni e aziende hanno avviato sperimentazioni per Utap, Nuclei, Unità di cure primarie ecc. negoziando la partecipazione dei medici dietro corresponsione di un incentivo economico. Tutto questo non dovrà avvenire più e l'attività dei medici sarà ricondotta alle scelte di programmazione regionale.

Piattaforma negoziale

Le proposte della SISAC

Collaborazione multidisciplinare

Deve essere avviata una reale collaborazione tra medici di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali e ospedalieri. Dovranno essere individuate modalità specifiche per la collaborazione e fissati vincoli di incompatibilità sia per la collocazione dello studio medico, sia per l'attività che deve essere svolta al suo interno perché lo studio non diventi un'organizzazione sanitaria privata alternativa al Ssn, dirottando assistiti.

Utilizzo delle incentivazioni

Trasformare in pre-requisiti l'associazionismo complesso e l'Ict presuppone che le indennità oggi percepite per queste voci vengano necessariamente meno. Le risorse recuperate in questo senso vanno più opportunamente utilizzate per contribuire alle spese di funzionamento degli studi che si organizzano in forme associative complesse, in modo di generare possibili economie di scala. Alle Regioni è inoltre riconosciuta la facoltà di determinare i modi e le

Piattaforma negoziale

Le proposte della SISAC

forme dello sviluppo delle associazioni complesse, in base all'assetto organizzativo per le cure primarie e sono invitate a varare programmi di potenziamento delle forme associative complesse anche per ampliare l'attività diagnostica di I ° livello sul territorio, ma non potranno risparmiare reimpiegando per questo, una somma inferiore a quella impegnata per gli incentivi.

Accordi nazionali e integrativi

Il nuovo testo degli Accordi nazionali non dovrà, in linea di principio, formulare norme di dettaglio, ma dovrà cercare di ridare corpo attraverso disposizioni di natura prevalentemente generale agli indirizzi del Comitato di settore, lasciando lo spazio necessario alla fase applicativa regionale. In questo modo la nuova struttura su più livelli degli Acn si presenta come più coerente col dettato del nuovo Titolo V° della Costituzione.

Piattaforma negoziale

Obiettivi specifici indicati nella bozza di piattaforma

- Migliorare l'accesso agli ambulatori medici a partire dagli orari di apertura per garantire le 12 ore giornaliere su 7 giorni
- Potenziare la continuità assistenziale per ridurre il ricorso improprio al pronto soccorso e per garantire un'assistenza e una presa in carico attiva, affidabile ed efficiente, senza interruzioni tra ospedale e territorio, 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana, con soluzioni che garantiscano l'accesso all'ospedale del medico e del pediatra soprattutto nel caso di pazienti cronici.
- Sviluppare la medicina di iniziativa con particolare riferimento alle malattie croniche promuovendo la valutazione dei bisogni di comunità, gli interventi di prevenzione, le attività programmate e gli interventi proattivi

Piattaforma negoziale

Obiettivi specifici indicati nella bozza di piattaforma

- Diffondere maggiormente l'assistenza domiciliare nel caso sia della medicina generale, sia della pediatria di libera scelta, migliorando la situazione attuale in cui è un evento raro e fortuito. In questo senso deve essere inclusa anche la specialistica ambulatoriale, per la quale si chiede siano messi a punto programmi specifici per il coinvolgimento degli specialisti nel lavoro di gruppo
- Integrare i medici di continuità assistenziale con le forme associative complesse e in particolare con i servizi di emergenza territoriale. Per favorire questi processi di integrazione professionale si deve abolire la possibilità del doppio incarico oggi consentito sia ai medici di continuità assistenziale che a quelli della medicina dei servizi e superare le diverse forme di remunerazione. Da questo punto di vista può proseguire l'azione del precedente Acn di maggiore omogeneizzazione dei trattamenti economici tra Mmg e pediatri di libera scelta.

Piattaforma negoziale

Obiettivi specifici: livelli di assistenza

- Migliore accesso agli ambulatori a partire dagli orari di apertura per garantire 12 ore giornaliere su 7 giorni e ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso
- Maggiore continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24/7
- Potenziamento assistenza domiciliare a favore sia della popolazione in età pediatrica che in età adulta
- Potenziamento attività diagnostica di 1° livello
- Accesso MMG a PdLS all'ospedale per garantire la continuità assistenziale ad iniziare dai pazienti cronici

Piattaforma negoziale

Aspetti finanziari

- Incremento complessivo: 4,85% su 2005
 - 2,85% attribuibile attraverso l'ACN
 - 2% attribuibile attraverso gli AIR
- Il 4,85% include anche gli oneri a carico del SSN (previdenza, fondo malattie, IRAP)
- Le risorse erogabili ai professionisti calcolate in termini di incrementi, espressi in valore assoluto, sulla quota capitaria-base o sulla quota oraria-base

Fondi per sbloccare il rinnovo delle convenzioni dei medici di base per il biennio economico 2006–2007

Nel 2009	1 84 Milioni
Dal 2010	69 Milioni
Dal 2011	69 Milioni

Dovranno servire anche all'attuazione del progetto "Tessera Sanitaria (Team) ed in particolare a due obiettivi:

- il collegamento in rete dei camici bianchi
- il decollo della ricetta elettronica

Art. 5.

Definizioni dei dati delle ricette mediche

1. La trasmissione telematica dei dati della ricetta medica comprende l'inserimento da parte del medico, secondo le modalità da stabilirsi con decreti attuativi del Ministero dell'economia, di concerto con il Ministero della salute di cui all'art. 1, comma 810, ultimo periodo, della legge n. 296 del 2006, dei seguenti dati obbligatori:

- a) codice fiscale dell'assistito ovvero codice STP o indicazione dell'area geografica di provenienza (UE/extraUE);
- b) codice della ricetta;
- c) diagnosi e codice ICD9;
- d) dati relativi alle eventuali esenzioni;
- e) Note AIFA;
- f) dati delle prescrizioni;
- g) tipo di ricetta;
- h) data di compilazione;
- i) visita ambulatoriale o domiciliare.

Piattaforma negoziale

Le proposte della SISAC

Gli aspetti finanziari

L'incremento complessivo (+4,85% sul 2005) è diviso in due tranche: la prima del +2,85%, è resa disponibile secondo i modi e i tempi concordati a livello nazionale attraverso i nuovi Acn; la seconda del +2%, cioè oltre il 40% dell'intero aumento, è resa disponibile secondo i modi e i tempi concordati a livello regionale attraverso gli accordi integrativi locali.

L'incremento previsto dalle linee di indirizzo deve essere calcolato sul costo complessivo che i vari settori hanno registrato nel 2005, inclusi tutti i costi a carico delle aziende sanitarie e in particolare la quota previdenziale, quella Irap e il Fondo assicurazione malattia. Le disponibilità finanziarie per il rinnovo degli Acn, quindi, includono anche la copertura di questi costi aziendali. Ciò significa che gli incrementi ai professionisti saranno limitati solo all'applicazione del 4,85% sulla massa dei salari. Non equivarranno cioè alle disponibilità finanziarie complessive: la differenza tra queste e i primi è data, appunto, dai costi aziendali.