



RINNOVO ACN 2014 PIATTAFORMA SUMAI

Premessa	pag. 1
Risorse - Fabbisogno - Performance	pag. 3
Indirizzi negoziali e Legge 189/2012	pag. 4
Sistema sanzionatorio	pag. 6
Sistema informativo	pag. 6
ACN e disciplina del pubblico impiego	pag. 6
Sintesi delle caratteristiche specifiche e principi fondamentali	pag. 7
Processo negoziale	pag. 8

PREMESSA

Il SUMAI, quale associazione sindacale più rappresentativa dei Medici Specialisti Ambulatoriali, Odontoiatri, Medici Veterinari, Biologi, Psicologi e Chimici Convenzionati interni condivide i principi della piattaforma presentata dalla SISAC in data 11 aprile 2014 riguardante la necessità e l'opportunità di un profondo cambiamento degli obiettivi e della organizzazione del lavoro nella Medicina Specialistica Convenzionata Interna per rispondere, da un lato, alla evoluzione dei determinanti della salute e, dall'altro, alla necessità di rimodulare l'assistenza in funzione di un più appropriato ed efficiente uso del finanziamento complessivo del SSN e dei singoli Servizi Sanitari Regionali.

Il SUMAI ritiene altresì imprescindibile che tutto ciò avvenga attraverso l'insieme di innovazioni che privilegino i fondamenti della relazione e della capacità di prossimità e di completezza di offerta che oggi offrono i poliambulatori territoriali distrettuali, caratteristiche queste fortemente gradite ai cittadini e proprie della Medicina Specialistica Territoriale.

Il SUMAI ha piena consapevolezza del periodo di crisi economica e conseguentemente sociale che il Paese sta attraversando, perciò, con senso di responsabilità, si è reso disponibile nell'attuale contingenza ad un rinnovo contrattuale solo normativo, senza ulteriori oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. In varie occasioni aveva pubblicamente manifestato tali riflessioni, emerse dalle oggettive difficoltà del Paese, anche prima che ciò fosse ripetutamente previsto e consolidato dalla legislazione statale quale strumento utile a fronteggiare la crisi economica nelle fasi più acute (Art. 9

Legge 30 luglio 2010, n. 122; Art.16 Legge 15 luglio 2011, n. 111; Art. 15 Legge 7 agosto 2012, n. 135; Legge 8 novembre 2012, n. 189; DPR 122/2013; commi 452-453-454 e 455, articolo 1, Legge 27 dicembre 2013, n. 147).

L'apertura della negoziazione per la definizione del rinnovo dell'ACN della nostra area convenzionata rende, però, necessario uno slancio ideale nella direzione del superamento della crisi, attraverso proposte di sviluppo che coinvolgano la Medicina Specialistica Convenzionata Interna e le altre Professionalità nella Governance del Servizio Sanitario come protagoniste del cambiamento e non, passivamente, come oggetto di disposizioni non preventivamente condivise. Ciò anche in funzione di quanto emerge dalla premessa della piattaforma SISAC.

L'aggiornamento dell'ACN di questo settore deve partire da due rilevanti elementi di fondo manifestatisi negli anni più recenti e che hanno messo in luce una volta per tutte l'evidenza del ruolo e della funzione della Specialistica Convenzionata Interna:

1) il parziale recupero dei 22,5 milioni di ore di attività professionale degli anni '90 di sola attività specialistica ambulatoriale convenzionata interna (non vi erano le altre figure professionali), ridotto a 14,7 milioni nel 2009 e passato ai 17,4 milioni del 2012, con un incremento pari al 18,4% in questi ultimi quattro anni;

2) il fatto che l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali convenzionate oltre ad un necessario ampliamento dell'attività rivolta alla Prevenzione delle patologie a carattere genetico e metabolico in sinergia con tutte le figure sanitarie operanti sul territorio, ha assunto un peso e un ruolo determinanti ai fini del soddisfacimento della domanda che si rivolge a tutta l'assistenza specialistica ambulatoriale pubblica, anche se questo è avvenuto in modo assai disomogeneo in quanto alcune aree del nostro paese sono state purtroppo fortemente penalizzate.

In estrema sintesi la Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna si afferma ad un tempo sempre più indispensabile e rilevante ai fini del soddisfacimento della domanda di prestazioni e sempre più "parte" della rete pubblica dei servizi specialistici e che, se non ulteriormente potenziata, porterebbe ad effetti recessivi sull'offerta assistenziale specialistica del territorio, mettendo così a rischio i principi di equità e universalità del nostro SSN come sta del resto accadendo in quelle aree dove questa crescita non si è registrata.

RISORSE – FABBISOGNO – PERFORMANCE

Il SUMAI, alla luce di quanto premesso strutturerà una negoziazione che preveda un livello Nazionale caratterizzato dalla definizione di un sistema che, partendo dalla massa salariale equivalente al monte ore già consolidato nei costi della categoria negli ultimi anni, si sviluppi, temporaneamente, senza

alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica. Contemporaneamente definirà nell'ACN strumenti affinché gli Accordi integrativi decentrati di livello Aziendale/Regionale siano funzionali al miglioramento del servizio a vantaggio dei Cittadini e pienamente soddisfacenti per gli operatori a vantaggio dell'utenza, come ulteriore garanzia di realizzazione degli obiettivi e delle modalità organizzative definiti nel nuovo ACN.

Secondo il SUMAI, sulla base di questi assunti, il nuovo ACN dovrà svilupparsi coerentemente verso due obiettivi tra loro strettamente legati, riconoscendo da un lato il maggior rilievo alla medicina specialistica ambulatoriale convenzionata interna nell'ambito della programmazione regionale, e accompagnando dall'altro un processo di progressiva e più intima integrazione di tale settore all'interno delle logiche di sviluppo e degli assetti organizzativi della medicina specialistica pubblica.

Appare necessario e non più prorogabile progettare quindi le nuove AFT, ed in particolare quelle specialistiche, più come un'articolazione dell'intero sistema regionale dei servizi che non un elemento dotato di una propria logica di funzionamento solo interna.

In altri termini la creazione delle AFT (numero e ambito territoriale di pertinenza, consistenza), i loro livelli di attività (tipologia di prestazioni, variabilità dell'offerta delle stesse) e dunque la regolazione dei nuovi assetti organizzativi, dei flussi di entrata e di uscita delle ore (offerta di servizi) acquisite dal convenzionamento dovranno obbligatoriamente discendere non solo dalla stima del fabbisogno legato alla programmazione Regionale/Locale ma anche dalla valutazione delle performance e delle modalità di erogazione delle prestazioni mediante strumenti certi, scientifici, omogenei e concordati, normati chiaramente dall'ACN, e validi per tutto il Territorio Nazionale.

Si potranno prevedere e consentire così le varie specificità regionali con regole generali certe ed omogenee su tutto il territorio nazionale, una uniforme applicazione condivisa delle norme dell'ACN che dovranno essere necessariamente preventivamente condivise e monitorate in maniera congiunta dalla Parte Pubblica e dalle OO.SS. e quindi applicate uniformemente in tutte le Regioni pur nel rispetto delle esigenze organizzative locali.

Il SUMAI a tale proposito propone l'attivazione di un Osservatorio Nazionale con la partecipazione paritetica delle parti (SISAC - OO.SS.) con scopi di controllo e verifica dell'applicazione delle norme contrattuali previste nel nuovo ACN e di predisposizione di risposta agli eventuali quesiti posti successivamente alla stipula dell'ACN al fine di giungere a pareri concordati tra le parti come avviene per la procedura negoziale all'interno dell'ACN.

INDIRIZZI NEGOZIALI E LEGGE 189/2012

Al fine di attuare gli obiettivi definiti dalla Legge 189/2012 "Legge Balduzzi", attraverso lo strumento, indicato dalla medesima, dell'ACN - quale fonte precostituita fin dalla Legge 833 del 1978 e dunque necessariamente in un'ottica partecipativa ex Art. 46 della Costituzione - è preliminare trovare

l'accordo tra le parti negoziali sulle nuove basi strutturali da essa descritte.

Tale legge punta sul lavoro di equipe quale processo fondamentale per il rinnovamento.

Questa volontà potrà essere realizzata compiutamente solo a condizione che sia le forme di aggregazione mono professionale (AFT) che quelle multiprofessionali (UCCP) possano poggiare su norme negoziate molto chiare, specie sui principi fondanti l'intero percorso:

- il ruolo del Medico Specialista Ambulatoriale, Odontoiatra, Veterinario, Biologo, Psicologo, Chimico convenzionato Interno;
- i compiti e le funzioni della Specialistica, anche in relazione con le altre componenti della nuova organizzazione dell'assistenza (MMG e PLS), in quanto specialisti di riferimento per questi ultimi sul territorio;
- i Coordinatori ed i Responsabili nonché gli elementi di reporting e budgeting nell'ambito dell'ACN;
- i compiti e le prestazioni dello Specialista, riguardanti tutti gli atti e gli interventi di natura specialistica tecnicamente eseguibili, che avvengono anche in sede ospedaliera, al fine di favorire l'integrazione tra territorio e ospedale, in interrelazione con la dirigenza medica;
- l'individuazione all'interno del trattamento economico delle risorse chiaramente destinate a sostenere i cosiddetti "fattori di premialità dell'assistenza specialistica".

La struttura complessiva della Legge 189/2012 deve essere interpretata in modo sistematico come previsto dall'articolo 12 delle Preleggi del codice civile.

Alla luce di ciò i commi 1, 2 e 3 dell'art. 1 della Legge 189/2012 devono essere interpretati come di seguito:

- il comma 1 orienta le decisioni spettanti alle Regioni, in linea con il riconoscimento dell'impianto regionalista a seguito della Riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, vincolando le stesse ad alcuni obiettivi che sono impegnate a realizzare.
- il comma 2 identifica nel personale specialista convenzionato interno, il soggetto pubblico tenuto all'Assistenza Specialistica nelle forme previste (AFT e UCCP) e valuta limiti e condizioni specifiche per l'intervento di altre figure contrattuali a supporto della Assistenza.
- il comma 3 chiarisce le figure che compongono il personale convenzionato specificando tra queste, nuovamente a pieno titolo, la presenza della specialistica convenzionata interna.
- il comma 4 modifica l'art. 8 comma 1 della 502/517 e s.m.i. riaprendo nuovamente l'area della specialistica ambulatoriale ed identificando nell'ACN

gli strumenti per dare attuazione negoziale ai contenuti dei commi precedenti, semplificando e stabilendo l'attribuzione di turni orari direttamente dalla graduatoria redatta ai sensi dell'ACN.

Gli obiettivi e gli indirizzi, inseriti in un ordine giuridico unitario di fonte nazionale (ACN), previsti comunque anche dalle riforme costituzionali, vengono indicati quindi attraverso il citato comma 4, che, modificando l'art. 8 del D.Lgs n. 502 del 1992 dà le indicazioni necessarie sulla modalità di accesso, ruolo, compiti, associazioni, opzioni performanti e riscontro delle performances.

Per il SUMAI rimane quindi preliminare e irrinunciabile alla trattazione degli elementi qualificanti del nuovo rapporto convenzionato, quale elemento di chiarezza, **la definizione del profilo giuridico contrattuale e del ruolo per il Medico Specialista Ambulatoriale Convenzionato Interno e per le altre professionalità previste dall'ACN** stesso all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, **la diretta attribuzione degli incarichi a tempo indeterminato ed il superamento in sede contrattuale delle incompatibilità**, specialmente per chi ha un numero limitato di ore di servizio anche al fine di applicare la 189/2012.

Si dovrà pertanto costruire un complesso normativo che qualifichi il Medico Specialista e le altre Professionalità, comunque essi operino sia in forma personale sia in forma aggregata, relativamente alle funzioni essenziali contenute nell'ACN, nella consapevolezza che si tratterà di una normativa di carattere generale disciplinante le funzioni standard svolta secondo i canoni della predeterminazione economica del compenso e del coordinamento, costruendo così una fonte normativa inderogabile ex legis.

Allo scopo di motivare la categoria al cambiamento, il ruolo, la formazione e la prevenzione devono essere sapientemente agganciati al funzionamento delle nuove AFT e UCCP, in una logica di governance, che veda i Medici Specialisti e le altre Professionalità partecipare alla pianificazione strategica dei costi a livello Distretto/Azienda/Ospedale/Regione, privilegiando così una maggiore integrazione dell'area specialistica.

SISTEMA SANZIONATORIO

In coerenza con l'impianto contrattuale/civilistico dell'ACN, l'articolato dovrà prevedere meccanismi di penalizzazione e sanzionamento che riguardino entrambe le parti in causa, poiché le inadempienze ed i ritardi nell'applicazione non possono essere considerati aprioristicamente imputabili alla sola parte medica.

SISTEMA INFORMATIVO

L'obiettivo di risolvere la grande complessità gestionale tipica dell'assistenza territoriale ha bisogno di un sistema informativo capace di un'azione di reporting tra Medici e Aziende Sanitarie; l'ACN dovrà pertanto descrivere le attività che si devono svolgere per la gestione delle informazioni, le modalità organizzative con cui devono essere condotte tali attività e prevedere l'attribuzione della responsabilità della fornitura degli strumenti tecnologici con cui svolgerle; tutto questo in un panorama nazionale e non regionale, come

descritto dalla Legge 189/2012 ed in conformità alla necessità del cittadino di essere curato al meglio in ogni parte del Paese.

Il coinvolgimento dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni nei sistemi informativi, nazionali e non regionali, è già consolidato nell'ACN vigente, in cui viene opportunamente chiarito quali siano gli obblighi dei medici rispetto ai compiti e quali gli obblighi delle Regioni/Aziende rispetto alla copertura degli oneri tecnici ed economici.

Il SUMAI vuole mettere in evidenza il problema del "tempo informatico" che viene ad occupare parte del tempo visita a scapito dell'atto medico; l'informatizzazione deve migliorare il lavoro del medico e non tradursi nel trasferimento al medico di adempimenti burocratici di competenza prettamente amministrativa.

ACN E DISCIPLINA DEL PUBBLICO IMPIEGO

Il D.Lgs 165 del 2001, come modificato dal D.Lgs 150/2009, costituisce norma di riferimento per il Settore Convenzionato, posta la norma dell'art. 52 della Legge 289/ 2002 secondo la quale:

“Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi, tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”. Trattasi di un riferimento parziale (posto il rinvio ad alcune specifiche norme e non ad altre) dunque non direttamente applicabile nel nostro caso, ma capace di guidare i negoziatori del Settore Convenzionato sul punto, come specificato, del procedimento di contrattazione. L'aspetto procedurale, laddove le parti non siano supportate da specifiche norme di settore, può trovare indicazioni nella lettera degli articoli richiamati.

Il SUMAI sostiene, considerato il dato formale appena richiamato, una non sovrapposibilità della disciplina degli istituti di cui agli artt. 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 (rapporti tra contratti collettivi di diverso livello, controlli sulla contrattazione integrativa, diritti sindacali, parte datoriale, procedimento di contrattazione, disponibilità della contrattazione collettiva e verifica, interpretazione autentica dei contratti) rispetto ai paralleli istituti disciplinati in via sostanziale nel Settore Convenzionato: la dicitura e anche la scelta delle norme richiamate dispone a considerare gli aspetti procedurali e non anche quelli sostanziali; in assenza di norme di legge specificamente diverse, prevale sempre l'ACN.

LA MEDICINA SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA E LE ALTRE PROFESSIONALITA' – SINTESI DELLE CARATTERISTICHE SPECIFICHE E PRINCIPI FONDAMENTALI

Alla luce di quanto già detto appare utile riassumere i momenti fondanti del rinnovo contrattuale nei seguenti punti:

1. Definizione del profilo giuridico del Medico Specialista Ambulatoriale

convenzionato interno come discendente direttamente dall'art. 8 del D.Lgs n. 502 del 1992 s.m.i., che disciplina il rapporto individuale dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni e le altre professionalità, disciplinandone quindi l'accesso diretto e a tempo indeterminato direttamente dalla graduatoria e superandone le attuali incompatibilità attraverso l'ACN al fine di giungere all'obiettivo previsto dalla 189/2012.

2. Definizione del ruolo del Medico Specialista Ambulatoriale Convenzionato interno e delle altre professionalità quale premessa alla revisione dell'ACN ed alla allocazione efficiente e premiante delle nuove risorse su compiti tradizionali ed aggregati (AFT e UCCP).

Considerata la complessità del passaggio al sistema aggregato e di presa in carico, sarà necessario un percorso che ne favorisca la tempistica e motivi i medici specialisti e i professionisti al cambiamento.

3. Definizione della partecipazione della Medicina Specialistica Convenzionata Interna, territorialmente attraverso anche figure di Responsabilità e Coordinamento, ai processi di pianificazione strategica, distrettuale/aziendale/regionale che attivino anche processi di budgeting e migliorino l'efficacia di AFT e UCCP nell'offerta di servizi socio-sanitari e assistenziali ai cittadini.

4. Definizione del ruolo della Medicina Specialistica Convenzionata Interna negli ospedali delle Azienda U.S.L, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, perseguendo l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello e il diritto all'accesso in ospedale, in modo tale che la nuova organizzazione avrà come suo presupposto la piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema.

5. Ampliare l'attività del Biologo Ambulatoriale da quella che è sempre stata la sua attività primaria attività di laboratorio. Molteplici sono infatti i contributi che questa figura professionale può dare in modo particolare nell'educazione alla salute del singolo e delle collettività; oltre a tutte una serie di attività rivolte alla salvaguardia ambientale e ad un miglioramento delle condizioni di vita.

6. Ampliare l'attività dello Psicologo Psicoterapeuta Ambulatoriale considerando il contributo che tale figura professionale offre in rapporto all'educazione alla salute del singolo e della collettività, anche in funzione del maggiore impegno per la difesa dei minori nelle conflittualità separative / familiari e al miglioramento delle condizioni di vita familiari e sociali.

7. Prevedere la possibilità di incremento del monte ore disponibile determinandone il fabbisogno in rapporto alla domanda di salute.

PROCESSO NEGOZIALE

Il SUMAI ritiene di poter affrontare discussioni generali senza una prioritaria definizione degli ambiti contrattuali specifici ma si adegua alla metodologia

proposta da altre OO.SS. per una trattativa a tavoli separati in ragione delle diverse aree.

La parte pubblica/istituzionale avrà il ruolo e la responsabilità di decidere la sequenza delle aree convenzionate da coinvolgere in successione, salvaguardando i diritti e le prerogative delle categorie coinvolte.

Considerate le specificità attribuite dalla Legge 189/2012 all'area della Medicina Specialistica Ambulatoriale, il SUMAI prende atto che la propria partecipazione al tavolo negoziale per la discussione delle proprie argomentazioni avverrà su un tavolo separato da quello delle altre organizzazioni sindacali non di categoria riservandosi di assumere decisioni diverse nel prosieguo della trattativa stessa.

Quanto premesso anche in considerazione, da parte di altre OO.SS., della esplicitata necessità di un complesso e coerente lavoro tecnico di revisione del testo normativo contrattuale da determinarsi in un confronto tra le parti senza altre interlocuzioni che dovranno essere esplicitate nei confronti della parte pubblica in momenti diversi e separati e di cui la parte pubblica si farà garante di sintesi, tenendo debitamente conto dei singoli livelli di rappresentanza.

Infine ritiene necessario un tavolo unico per la revisione dei testi normativi nelle parti comuni alle tre aree convenzionate.

Roma, 15 maggio 2014