REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 LUGLIO 2011, N. 1114

Interventi finanziati dalla Regione nell'ambito degli Accordi di programma 1995/2010. Proroga per la loro attuazione in caso di project financing

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

(omissis)

delibera:

a) di stabilire, in considerazione delle argomentazioni esposte in premessa che qui si intendono integralmente richiamate, una proroga al **31 dicembre 2013** pergli interventi programmati ma non ancora avviati, indicati nell'Allegato 3 della DGR 468/2011 realizzati in project financing previa notifica formale del ricorso a tale procedura da parte delle Amministrazioni aggiudicatrici al competente Servizio regionale;

b) di confermare tutti i criteri, condizioni e modalità per la concessione-impegno, erogazione, nonchè controllo e revoca dei contributi sugli investimenti dei sopraccitati Accordi di programma definiti nell'Allegato A della propria deliberazione 1233 /09 parzialmente rettificato con DGR n. 898 del 27 giugno 2011;

c) di pubblicare la presente delibera nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 LUGLIO 2011, N. 1116

Accordo integrativo regionale per i Pediatri di libera scelta ai sensi degli articoli 5 e 6 dell'Accordo collettivo nazionale 8 luglio 2010

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N) per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta - reso esecutivo in data 8 luglio 2010 (repertorio n. 82/2010) mediante intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni - che agli artt.5, 6 e 10 individua i contenuti, le aree tematiche, le azioni demandati alla contrattazione regionale e definisce la disponibilità economica;

Rilevato che detto Accordo rappresenta il rinnovo del biennio economico 2008-2009 ed integra il quadro normativo dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.;

Preso atto che alla trattativa per la definizione dell'Accordo regionale hanno partecipato le Organizzazioni Sindacali firmatarie dell' A.C.N 8 luglio 2010, FIMP e CIPe, e che l'attività di negoziazione e di confronto fra parte pubblica e parte sindacale ha portato al raggiungimento di intese sui contenuti e gli obiettivi dell'Accordo regionale ed alla elaborazione di un testo condiviso e sottoscritto dall'Assessore alle Politiche per la Salute e dalle Organizzazioni sindacali sopraindicate, in data 4 luglio 2011;

Considerato che l'accordo integrativo rispetta il vincolo delle risorse assegnate e riservate alla contrattazione regionale dall'ACN 8 luglio 2010, in quanto prevede l'assegnazione di quote per assistito di importo pari a quelli indicati nell'ACN;

Richiamate le proprie deliberazioni 1057/06, 1663/06, 2416/08, 1173/09, 1377/10;

Dato atto del parere allegato

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute

a voti unanimi e palesi

delibera:

per quanto espresso in premessa ed integralmente richiamato:

a) di recepire l'"Accordo integrativo regionale per i pediatri di libera scelta ai sensi degli artt. 5 e 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale 8 luglio 2010" sottoscritto dall'Assessore alle Politiche per la Salute e dalle Organizzazioni Sindacali FIMP e CIPe, allegato al presente atto quale parte integrante (Allegato A);

b) di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna

Allegato A

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 5 E 6 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 8 LUGLIO 2010

1. Il contesto

L'integrazione dell'ACN dell'8 luglio 2010 ha individuato alcune aree tematiche di riferimento per gli Accordi Integrativi Regionali:

- attuazione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP) di cui all'Accordo Collettivo Nazionale 15 dicembre 2005, come modificato ed integrato dagli AA.CC.NN 29 luglio 2009 e 8 luglio 2010
- relazioni funzionali tra i professionisti
- azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi
- possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di UCCP, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento
- sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi
- miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura
- definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza
- valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati

In Regione Emilia-Romagna si concorda di sviluppare le seguenti aree tematiche, ritenute di importanza strategica per la programmazione, organizzazione e valorizzazione dell'assistenza territoriale.

1. Informatizzazione dei professionisti

La normativa nazionale e regionale comporta, per i pediatri di libera scelta, sia l'obbligo di informatizzazione che l'utilizzo dei mezzi informativi messi a disposizione dalla Regione.

In particolare , il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 21 febbraio 2011 fissa nel 1° maggio 2011, per la regione Emilia-Romagna, la data di avvio a regime del proprio sistema informativo regionale: da tale data, ai sensi dell'Articolo 58ter, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale 15 dicembre 2005, come modificato ed integrato dagli AA.CC.NN 29 luglio 2009 e 8 luglio 2010 (ACN) il pediatra di libera scelta è tenuto alla trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze L'applicazione dell'articolo 58ter comporta inoltre che in caso di inadempienza il pediatra in rapporto di convenzione sia soggetto alla riduzione del

trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15% su base annua. Il DM 21 febbraio 2011 ha stabilito che, in fase di prima applicazione, tale inadempienza si intende verificata nel caso in cui le ricette prescritte e trasmesse telematicamente siano, su base mensile, inferiori all'80% del totale delle ricette compilate dal medesimo medico, per le quali risultano al Sistema tessera sanitaria erogate le relative prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale.

Si concorda che la riduzione del trattamento economico non sia applicabile in caso di inadempienze derivanti da cause tecniche non ascrivibili alla responsabilità del pediatra prescrittore. Le parti si impegnano a monitorare l'andamento prescrittivo e le eventuali problematiche tecniche ai fini di una corretta applicazione del dettato normativo.

L'ACN prevede inoltre l'obbligo, per tutti i pediatri, di garantire nel proprio studio mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale, la stampa prevalente delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche, senza alcuna possibilità di deroga o rinvio temporale (Art.58, lettera B, comma 10).

A livello regionale, infine, l'adesione al Nucleo di Cure Primarie comporta l'accettazione della logica interprofessionale del NCP e la condivisione del modello organizzativo delle cure primarie con partecipazione ai programmi di collegamento in rete fra i pediatri e servizi aziendali (Progetto SOLE)

Si concorda pertanto che sia l'informatizzazione che l'utilizzo dei sistemi informativi messi a disposizione dalla Regione (Sistema SOLE) sono condizioni imprescindibili sia per l'accesso che per il mantenimento della convenzione con il SSN, come peraltro indicato esplicitamente dall'Articolo 13bis, comma 6 del vigente ACN.

2. Comunicazioni "paperless" – Art. 3 - ACN

I requisiti strutturali richiesti dalle Amministrazioni Centrali per il riconoscimento di conformità del sistema informativo regionale (Decreto Ministeriale 21 febbraio 2011) sono tali da attestare la sicurezza delle infrastrutture informative regionali.

A sensi dell'articolo 3 comma 3 dell'ACN 8 luglio 2010, si concorda l'attivazione della "comunicazione senza carta", con oneri a carico della Regione Emilia-Romagna, per la trasmissione tramite posta elettronica delle comunicazioni tra Aziende Sanitarie e Pediatri di Libera Scelta (e viceversa), della seguente documentazione/modulistica:

DA AZIENDA A PLS	DA MEDICO AD AZIENDA
- Note aziendali e regionali - Prontuari terapeutici aziendali e regionali - Locandine ed informazioni su eventi formativi - Reportistica - Convocazioni a riunioni	- Comunicazione assenze superiori a 3 giorni

3. Forme organizzative dell'assistenza primaria

Il vigente ACN, all'art.13 bis, prevede tra i compiti e le funzioni dei pediatri di libera scelta, lo svolgimento della propria attività nell'ambito di una aggregazione funzionale territoriale dei pediatri di famiglia finalizzata a favorire il processo integrativo, le cui caratteristiche vanno definite con accordi regionali.

L'aggregazione funzionale, cui i medici debbono obbligatoriamente partecipare, è finalizzata al raccordo fra i medici operanti nel territorio, garantendo il confronto delle esperienze, la relazione con gli altri servizi assistenziali territoriali, la condivisione di indirizzi, linee guida, modalità assistenziali e l'affinamento delle pratiche professionali e sostanzia il concetto di continuità della cura, quale strumento nella promozione dell'attività assistenziale.

Il modello organizzativo del Nucleo di Cure Primarie, di cui all'AIR 19 gennaio 2009, costituisce un'articolazione che, sia pur diversamente strutturata rispetto a quella delineata nell'ACN, è orientata alle medesime finalità di sviluppo e promozione dell'assistenza territoriale, alla realizzazione di adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione tra professionisti. Ne consegue che si ritengono soddisfatte le condizioni dell'art.26 bis del vigente ACN. In tale assetto la rete informatica SOLE rappresenta lo strumento di collegamento tra sistemi informatici territoriali ed ospedalieri, anche al fine di ulteriormente promuovere e rafforzare l'integrazione tra i professionisti del SSR.

Poiché i PLS nell'ambito del NCP sono in numero inferiore rispetto ai MMG le attività di programmazione, coordinamento dei comportamenti professionali, del loro monitoraggio e valutazione, nonché eventuali modalità di assicurazione della continuità assistenziale possono trovare migliore collocazione nel Dipartimento delle Cure Primarie anche attraverso la costituzione delle Unità Pediatriche delle Cure Primarie di cui all'AIR.

Poiché l'adesione all'aggregazione funzionale territoriale rientra tra i compiti e le funzioni del pediatra di libera scelta ed il modello organizzativo del NCP e delle UPCP è orientato alle medesime finalità dell'AFT, l'adesione a tali modelli organizzativi è obbligatoria per tutti i PLS.

4. Sviluppo della medicina di iniziativa e presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche

L'ACN 8 luglio 2010 assegna alla contrattazione regionale il compito di affrontare, tra gli altri, lo sviluppo della medicina di iniziativa ed il miglioramento della presa in carico dei pazienti affetti da patologia cronica o da particolari problemi di salute. Per quanto riguarda i bambini affetti da patologia cronica sono già stati individuate, quali tematiche prioritarie, la realizzazione di programmi di assistenza integrata ai bambini con malattia cronica o in situazioni di disagio psicologico-sociale, anche attraverso l'utilizzo della cartella specifica. Per supportare sia lo sviluppo della medicina di iniziativa che programmi di prevenzione ed educazione a corretti stili di vita si concorda di avviare, con modalità condivise, una rilevazione di alcune caratteristiche dei bambini a rischio obesità.

Per la rilevazione relativa al 2011 la Regione si impegna a sviluppare uno specifico software per l'estrazione automatica dei dati dai gestionali dei pediatri di libera scelta. In particolare il

programma andrà ad estrarre, per tutti i bambini di età compresa tra 33 e 39 mesi e di età compresa tra 58 e 72 mesi, i seguenti dati disponibili nei gestionali dei PLS:

– Data di nascita

– Sesso

– Data di controllo

– Peso al momento del controllo (kg)

– Altezza al momento del controllo (cm)

Per gli anni successivi, si concorda che la rilevazione avverrà, tramite il sistema SOLE, utilizzando add-on specifici per la raccolta dei dati già inseriti nei bilanci di salute in corso di revisione.

5. Istituti normativi e contrattuali

Art.36 e 37 – compensi per sostituzioni/incarichi provvisori

Qualora la sostituzione sia effettuata da un medico privo di specializzazione in pediatria od equipollente, per impossibilità a reperire un pediatra disponibile, i compensi da corrispondere saranno pari all'80% di quanto previsto per il sostituto/incaricato provvisorio specializzato.

Art. 39 – Scelta del pediatra

(Il presente testo sostituisce integralmente quello riportato nell'ACR 19 gennaio 2009).

Le Aziende USL, ad integrazione della Carta dei Servizi, al fine di consentire al cittadino di poter esercitare la scelta del pediatra in modo consapevole ed informato, promuovono iniziative volte ad informare gli utenti sulle caratteristiche e le modalità dell'attività professionale dei medici iscritti negli elenchi di scelta, mediante l'adozione di una scheda informativa riportante, almeno, i seguenti dati:

- ubicazione, orario, modalità di accesso, numero telefonico dello studio (numero di cellulare se espressamente messo a disposizione dal medico);
- adesione a forme associative e relative modalità organizzative;
- dotazione di personale di segreteria, infermieristico, dotazione informatica ….

All'atto del rilascio del documento di iscrizione al SSR il genitore, o chi ne fa le veci, sceglie il pediatra. Qualora non intendesse effettuare la scelta, l'ASL è tenuta a consegnare al cittadino, unitamente al documento di iscrizione al SSR, una nota di avvertenze che riporti quanto previsto dall'art. 49 comma 7.

La scelta del pediatra è effettuata tra gli iscritti nell'ambito così definito, fatta salva la facoltà per le ASL, previo parere del Comitato Aziendale, di mantenere o determinare diversi criteri per ampliare le possibilità di scelta ai cittadini.

La scelta a tempo determinato dei cittadini extracomunitari è automaticamente prorogata alla scadenza del permesso di soggiorno, anche nelle more del rinnovo, purché il genitore comunichi l'avvenuto inizio dell'iter procedurale per il rinnovo stesso.

E' necessario che le Aziende USL verifichino sistematicamente le date di scadenza dei permessi di soggiorno ed avvertano, se possibile, i diretti interessati, prima della data di scadenza, sugli adempimenti connessi al rinnovo della scelta.

In assenza di qualsiasi comunicazione da parte del cittadino, l'assistito è cancellato dall'elenco del medico con recupero delle quote eventualmente erogate dalla data di scadenza della scelta.

Qualora il genitore/legale rappresentante del bambino provveda a rinnovare la scelta per il medesimo pediatra, entro dodici mesi dalla scadenza della scelta precedente, l'assistito è reinserito nell'elenco del PLS senza soluzione di continuità, anche in deroga al massimale.

Nel caso in cui tale richiesta avvenga oltre i dodici mesi dalla data di scadenza della scelta precedente, l'iscrizione dell'assistito è considerata, a tutti gli effetti, una nuova scelta, sia per la data di decorrenza, che ai fini economici che per il limite del massimale.

In caso di rigetto del rinnovo dl permesso di soggiorno, l'assistito è cancellato dall'elenco del PLS, con recupero delle quote liquidate, a partire dalla data di rigetto.

Il trasferimento di un assistito in un Comune della stessa Azienda, non determina, in automatico, la cancellazione; l'assistito rimane iscritto nell'elenco del PLS di provenienza fino ad eventuale nuova scelta in favore di altro medico. Se intende mantenere il medico di provenienza, non è necessaria l'accettazione formalizzata da parte di quest'ultimo.

In caso di trasferimento in Comune limitrofo di altra Azienda, previo parere obbligatorio del Comitato aziendale , l'assistito è cancellato dall'elenco del medico di provenienza. Se intende mantenere lo stesso medico, per motivi di continuità assistenziale o per particolari situazioni, è necessaria la formale accettazione da parte del medico.

Il cittadino che trasferisce la residenza in altro Comune deve essere informato, all'atto della richiesta di variazione della residenza presso gli uffici Anagrafe, sulle modalità per effettuare la variazione di scelta del pediatra ovvero per mantenere l'iscrizione presso il medico di provenienza. A tal fine si rende necessaria la predisposizione, da parte delle Aziende USL, di una nota informativa da consegnare all'ufficio Anagrafe dei Comuni, che provvederanno a rilasciarne copia ai cittadini all'atto della presentazione della domanda di residenza.

La puntuale applicazione dei predetti adempimenti sarà oggetto di monitoraggio in sede di Comitato Aziendale.

6. Risorse economiche

Le risorse disponibili sono cosi ripartite:

– **comma 2 dell'Articolo 10 dell'ACN 8 luglio 2010 (1,54 €/assistito):** per il calcolo della disponibilità finanziaria complessiva, si concorda di prendere a riferimento gli assistiti in carico al

1 gennaio di ogni anno. Tale fondo sarà corrisposto per quota capitaria a tutti i pediatri che partecipano alla rilevazione. Per la corresponsione delle quote dovute si concorda quanto segue:

- competenze 2010: primo cedolino utile successivo alla entrata in vigore del presente accordo
- competenze 2011: cedolino febbraio 2012, con rilevazione conclusa entro dicembre 2011

– **comma 4 dell'Articolo 10 dell'ACN 8 luglio 2010 (0,25 €/assistito):** per il calcolo di tale disponibilità finanziaria si concorda di prendere a riferimento gli assistiti in carico al 1 gennaio di ogni anno. Il pagamento, in assenza di specifici accordi ed in applicazione di quanto previsto nello stesso comma, è avvenuto nel 2010 in base al numero di assistiti con età inferiore a 6 anni presenti nella lista di tutti i medici della Regione. Si concorda di applicare tale criterio dal 2011 con quote mensili.

NORME FINALI

- Le parti si impegnano a dare attuazione alle disposizioni di cui all'articolo 7 dell'ACN 8 luglio 2010, per assicurare prioritariamente l'assistenza dei PLS ai bambini di età inferiore ai sei anni.
- In attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 9, commi 16-17 e 24 della Legge 122/2010 (Manovra finanziaria) le risorse disponibili non sono suscettibili di aumenti sino alla fine del 2012. Le parti concordano, sin da ora, l'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale alla scadenza degli effetti derivanti dal blocco del rinnovo degli accordi collettivi nazionali e regionali di cui alla citata legge 122/2010.
- Il presente Accordo entra in vigore dalla data di adozione del provvedimento deliberativo di recepimento ed integra l'AIR 2006 vigente (se non modificato dal presente testo) che conserva inalterati tutti i disposti normativi e le voci economiche fino alla stipula di nuovi Accordi Integrativi Regionali.

Bologna, **4 luglio 2011**

ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE *firmato*

F.I.M.P. *firmato*

C.I.Pe. *firmato*

FIMP – ER

Federazione Italiana Medici Pediatri – Emilia-Romagna

Dichiarazione a verbale

La FIMP-ER, relativamente alle disposizioni di cui all'art.7 dell'ACN 8 luglio 2010 riguardanti la gestione delle liste degli assistiti allo scopo di favorire l'accesso al Pediatra di Libera Scelta dei bambini in fascia d'età 0-6 anni, evidenzia l'esigenza di salvaguardare l'assistenza pediatrica di tutte le fasce d'età e dei pazienti con problemi speciali, secondo le linee di indirizzo nazionali e internazionali per l'età pediatrica.