

ANALISI TECNICO GIURIDICA DEL TESTO DI NUOVO ACCORDO

1. Premessa

Al fine di inquadrare correttamente l'analisi tecnico giuridica che si evidenzia di seguito, si deve partire dal corollario normativo che presiede al perfezionamento dell'Accordo.

Tale corollario viene in evidenza nelle premesse stesse dell'accordo, dove sono richiamate le seguenti norme:

Legge 27 dicembre 2002, n.289. Art. 52, c. 27. «L'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e' sostituito dal seguente: "9. e' istituita la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, e' costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e' 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.** A tale fine e' autorizzata la spesa annua nel limite massimo di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2003».

Legge 26 maggio 2004, n.138. Art. 2-nonies. - «1. **Il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva** definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano **previsto dall'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni.** Tale accordo nazionale e' reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 ».

Legge 30 dicembre 2004 n. 311. Art. 1, c. 178. «Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professioni sanitarie non dipendenti dal medesimo è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. **Detti accordi hanno durata quadriennale per la parte normativa e durata biennale per la parte economica.** In sede di prima applicazione la durata, per le parti normativa ed economica, è definita fino al 31 dicembre 2005».

Legge 6 agosto 2008, n. 133. Articolo 79, comma 2. Al fine di procedere al rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per il biennio economico 2006-2007, il livello del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui al comma 1, **e' incrementato di 184 milioni di euro per l'anno 2009 e di 69 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010,** anche per l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica, di cui al comma 5-bis dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

Tale combinato disposto normativo realizza un quadro giuridico di riferimento dal quale è possibile evincere che:

1. La legge di riferimento per la contrattazione è il Dlgs 30 marzo 2001, n. 165 (la stessa legge di riferimento per i contratti collettivi del personale dipendente);
2. Gli articoli del Dlgs 165/2001 richiamati in specifico prevedono, tra l'altro, che:
 - a. la contrattazione si svolga su tutte le materie relative al rapporto di lavoro e alle relazioni sindacali;
 - b. la contrattazione disciplini la durata degli accordi collettivi nazionali e di quelli regionali integrativi;
 - c. la struttura contrattuale nazionale disciplini i rapporti tra i diversi livelli (nazionale e territoriali) nel rispetto dei vincoli di bilancio risultanti dagli strumenti di programmazione annuale e pluriennale dello Stato e delle Regioni;
 - d. la contrattazione integrativa regionale e aziendale si svolga sulle materie e nei limiti stabiliti dall'ACN, tra i soggetti deputati e con le procedure negoziali previste dall'ACN;
 - e. le Regioni non possano sottoscrivere in sede decentrata Accordi Integrativi in contrasto con i vincoli risultanti dall'ACN o che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione regionale. In tale ambito è inoltre previsto che le clausole difformi siano nulle e non possano essere applicate;
 - f. il trattamento economico fondamentale ed accessorio sia definito dall'ACN e, secondo quanto stabilito dall'articolo 45 del Dlgs 165/2001, le amministrazioni regionali debbano garantire ad ogni medico convenzionato parità di trattamento contrattuale e, comunque, trattamenti non inferiori a quelli previsti dall'ACN;
 - g. attraverso gli AIR siano definiti, secondo criteri obiettivi di misurazione, i trattamenti economici accessori da collegare: alla produttività individuale e a quella di categoria e allo svolgimento di attività particolarmente disagiate;
 - h. agli effetti della contrattazione collettiva nazionale le Regioni siano legalmente rappresentate dalla SISAC e che quest'ultima possa assistere le Regioni nella contrattazione decentrata;
 - i. gli indirizzi per la contrattazione collettiva nazionale siano deliberati dal Comitato di settore prima di ogni rinnovo contrattuale;
 - j. il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, quantifichi l'onere derivante dalla contrattazione collettiva nazionale a carico del bilancio dello Stato con apposita norma da inserire nella legge finanziaria ai sensi dell'articolo 11 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni ed integrazioni e che, allo stesso modo, siano determinati gli eventuali oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato per la contrattazione integrativa delle amministrazioni regionali;
 - k. le somme provenienti dai trasferimenti dal bilancio dello Stato alle Regioni debbano trovare specifica allocazione nelle entrate dei bilanci regionali, per essere assegnate ai pertinenti capitoli di spesa dei medesimi bilanci;
 - l. quando insorgano controversie sull'interpretazione dei contratti collettivi, le parti che li hanno sottoscritti si incontrino per definire consensualmente il significato della clausola controversa. L'eventuale accordo, stipulato con le procedure di cui all'articolo 47 del Dlgs 165/2001, sostituisce la clausola in questione sin dall'inizio della vigenza del contratto.
3. L'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica sono da recepire obbligatoriamente nell'ACN *ex lege*.

Dunque, ad analizzare dal punto di vista tecnico-giuridico l'Accordo appena siglato, ci si rende conto del perfetto livello di allineamento delle modifiche inserite nell'ACN 2005 attraverso i nuovi articoli contrattati nel preaccordo con il dispositivo legislativo generale. Il nuovo articolato che ne esce può definirsi esemplare per la linearità dei percorsi che genera e per il reticolo di garanzie che realizza per quanto attiene ai diritti acquisiti dalla categoria.

2. La realizzazione del modello FIMP

Sul fronte della realizzazione del nuovo modello contrattuale si debbono segnalare le modifiche all'articolo 6 della parte prima, relativa all'inquadramento generale dell'impianto contrattuale. Tali cambiamenti sono funzionali a realizzare strumenti utili a sostenere nel modo più efficace il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nell'Accordo e, in particolare, a concretizzare il modello di cure primarie ideato dalla FIMP fin dal 2007.

Fin da allora fu evidente la manovra che tendeva ad escludere la pediatria di famiglia dal processo di riforma delle cure primarie, un processo che metteva in discussione addirittura la sopravvivenza stessa della categoria relegandola fuori dalla cosiddetta "stanza dei bottoni" che veniva definita "casa della salute".

È in questo quadro che l'assistenza territoriale assunse un ruolo strategico, nel quale, la riforma delle cure primarie risultava centrale. È questa pre-condizione che sta modificando le caratteristiche richieste all'intervento sanitario dei medici del territorio, determinando un'estrema specializzazione e diversificazione dell'offerta alla quale il vecchio modello contrattuale non era in grado di fornire una sufficiente risposta in termini di integrazione funzionale e strutturazione organizzativa.

Quindi, nuove forme aggregative (funzionali e complesse) dovevano essere messe in campo attraverso lo strumento contrattuale giacché, l'esigenza di un riequilibrio verso il territorio, spinse ad un ripensamento dei ruoli degli attori esistenti (*in primis* i pediatri di famiglia e i medici di medicina generale) e a valutare l'opportunità dell'istituzione di nuove forme associative per meglio rispondere alle esigenze di una organizzazione a rete tra tali soggetti, necessaria al corretto funzionamento di un SSN in evoluzione, in cui l'integrazione tra l'aspetto meramente sanitario dell'assistenza e quello a carattere sociale assume un ruolo centrale per gestire le complesse problematiche legate alle cronicità e alla fragilità.

Tutto ciò non poteva che realizzarsi attraverso lo strumento contrattuale. Il progetto che ha preso il via con la contrattazione per il rinnovo dell'ACN del 2005, ha avuto lo scopo di ridefinire ruoli e competenze del pediatra di famiglia all'interno degli interventi finalizzati alla salute del bambino e dell'età evolutiva facendogli assumere nuove e importanti funzioni professionali, strategiche per il ruolo centrale della pediatria di famiglia.

Viste dette premesse, la sottoscrizione di un "Accordo di raccordo" alla oramai ineludibile riforma del sistema delle cure primarie (voluta anche dal legislatore), è stata condizione necessaria per scegliere all'interno di quale quadro andare a cercare spazi di riorganizzazione della Pediatria di famiglia. Per risolvere questo problema la FIMP si era posta, e da tempo, quesiti più ampi di quelli meramente riconducibili al confronto sindacale.

Quale spazio riveste la salute dell'infanzia all'interno delle Aziende sanitarie oggi? E che cosa vuole dire oggi "salute" per l'infanzia? Come si può costruire un servizio che affronti, partendo da storie e ottiche sanitarie e sociali diverse, i bisogni dell'infanzia e delle famiglie? Quali immagini abbiamo dell'organizzazione attuale e quali possiamo ipotizzare per il futuro? Come si può lavorare insieme alla medicina generale senza che una visione domini sull'altra?

Com'è intuibile, per realizzare un modello organizzativo che tenesse conto di tutto ciò, fu evidente la necessità di una strutturazione territoriale del servizio di cure primarie che prefigurasse, in ambito distrettuale, la presenza sul territorio di precisi riferimenti organizzativo-funzionali, quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali di Pediatria. Si tratta di nuove forme associative per far fronte alle esigenze di salute dei bambini e dei giovani in età evolutiva che permettono di erogare le attuali prestazioni previste dalla Convenzione del 2005 restando nei propri studi collegati in rete con gli studi degli altri colleghi funzionalmente aggregati alla Associazione. In questo quadro, è del tutto

evidente come risulti impossibile continuare a erogare le prestazioni come singoli pediatri; fermo restando il rapporto fiduciario tra singolo pediatra e i suoi assistiti. La funzione delle AFT consiste, in buona sostanza, nell'assicurare l'attuale forma di assistenza secondo modalità operative già collaudate negli anni attraverso le varie forme associative previste dai precedenti accordi. Ma non solo, giacché sarà sempre compito dell'Aggregazione realizzare la necessaria integrazione socio-sanitaria dei servizi mediante l'organizzazione, il coordinamento e la stretta integrazione "a rete" tra i pediatri di famiglia e le varie strutture presenti sul territorio (guardia medica, emergenza sanitaria territoriale, ospedale, ecc.).

Le AFT sono coordinate da un pediatra di famiglia che, in particolare, deve essere un professionista della valutazione che, possedendo già una adeguata formazione socio-sanitaria, è in grado di valutare e soddisfare da un punto di vista sistemico, i bisogni socio-sanitari degli assistiti in pediatria nel tempo, al fine di permettere l'attivazione dei percorsi assistenziali più appropriati in riferimento ai casi specifici.

Discorso diverso per quanto riguarda le Unità Complesse di Cure Primarie, che nascono, idealmente, dalla sintesi di modello della Casa della Salute. Nell'attuale scenario distrettuale appare, innanzitutto, necessario distinguere i Livelli Essenziali di Assistenza dedicati alla pediatria di famiglia, dagli altri. Questo perché, la medicina generale è sempre più coinvolta in strategie di governo della domanda di salute, come del resto la pediatria di famiglia che, inoltre però è specificamente indirizzata verso l'appropriatezza diagnostico prescrittiva e lo sviluppo di attività di promozione della salute, di recupero del disagio sociale e familiare e di cura di specifiche patologie acute e croniche, attraverso un contatto costante con la famiglia per il sostegno della genitorialità. Ciò, tra l'altro, comporta l'esigenza di individuare uno specifico progetto obiettivo per la questa area che resta specialistica ancorché inserita nell'alveo della medicina di base.

In tale contesto, le UCCP sono forme associative complesse che si inseriscono tra il livello di base e il secondo livello (ospedaliero) e che attraverso il posizionamento strategico nel territorio si strutturano (con costi a carico delle Regioni) per erogare tutte quelle prestazioni complesse che finora sono rimaste tra le "mura" dell'Ospedale, spesso territorialmente lontane dai bisogni delle persone e comunque troppo costose per continuare ad essere erogate con l'attuale sistema che, si deve segnalare, riscontra sempre più il modello della cosiddetta *medicina d'attesa* mentre tutto ci indica che si deve passare alla *medicina d'anticipazione e di prossimità*, anche con maggiori investimenti nella attività di prevenzione.

Per la pediatria di famiglia, le UCCP rappresentano, quindi, una forma associativa complessa utile a realizzare il corretto livello preventivo che si dipana lungo una serie di attività complesse da realizzarsi nella UCCP che, è bene rammentarlo, si sviluppa attraverso una collaborazione paritaria tra la parte pediatrica e quella generalista, finalizzata a garantire il percorso assistenziale della popolazione assistita in un determinato territorio secondo un piano condiviso che (per la parte di competenza della pediatria di famiglia) si realizza anche responsabilizzando ed educando le famiglie dei piccoli pazienti per ottenere la *compliance* alle terapie prescritte e il cambiamento dello stile di vita necessario per le malattie da cui sono affetti.

Nell'ambito di un tale modello organizzativo basato su una capillare presenza Aggregata sul territorio e sulla cura continuativa degli assistiti, il Distretto è chiamato a giocare un nuovo ruolo di primo piano, assicurando la cornice organizzativa e il coordinamento dei servizi erogati, rispetto ai quali le UCCP definiranno sistemi di monitoraggio e valutazione dei risultati attesi, attraverso indicatori di *outcome* appropriati.

Nella visione del "futuro" delineata dal nuovo Accordo, il Distretto rappresenta la sede principale dell'integrazione, non solo dei servizi socio-sanitari, com'è normale, ma anche delle attività di governo territoriale proprie delle UCCP. È di tutta evidenza che, in un tal quadro, le Regioni, come dispone la Legge 328/2000, dovranno prevedere «*incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie*». In altre parole, per le UCCP (che svolgono attività complesse di assistenza sanitaria), le Regioni dovranno spostare risorse *ad hoc*, provenienti dal polo ospedaliero, che

saranno utilizzate per strutturare la rete territoriale dei servizi socio-sanitari attinenti alle cure primarie.

Del resto, il Distretto, a livello strategico, e secondo le diverse previsioni regionali, deve svolgere un proprio ruolo determinante nella elaborazione dei Piani di zona, nel rispetto degli obiettivi e dei contenuti dei Programmi delle attività territoriali, partecipando alle scelte di programmazione concertata tra i diversi centri di responsabilità, con i Comuni, gli interlocutori *non profit* e *profit* presenti tra gli erogatori di servizi, con i soggetti solidaristici e di volontariato della Comunità locale e, soprattutto con le Aggregazioni Funzionali Territoriali della pediatria di famiglia e della medicina generale.

In questo, per quanto riguarda la pediatria di famiglia, creare le condizioni per un effettivo collegamento in rete delle AFT rappresenta un fattore centrale nell'ambito del riequilibrio del SSN verso il territorio. Condizione necessaria (ma non sufficiente) affinché ciò sia reso possibile è la realizzazione di presupposti che consentano a tutti i pediatri di famiglia di esercitare il giusto livello di autonomia e d'azione nel complesso processo assistenziale che si va realizzando. A ciò si deve aggiungere un'altra condizione imprescindibile per il successo dell'operazione: il potenziamento del livello di informatizzazione e l'adozione di modalità nuove di gestione dei dati e comunicazione elettronica tra tutti i soggetti afferenti al servizio di sanità distrettuale.

3. L'analisi degli articoli modificati o di nuovo inserimento

3.1 La norma di garanzia. L'Accordo per il primo biennio inizia con un dispositivo procedurale che, al suo interno, contiene una norma di garanzia. Una norma, cioè, che indica la procedura da intraprendere in caso di eventuale contrasto tra gli articoli già esistenti nel testo dell'ACN 2005 e non modificati dal nuovo Accordo e quelli di nuova stesura.

«Le clausole non modificate conservano la loro validità salvo che non risultino in contrasto con le innovazioni introdotte. In caso di contrasto, il nuovo testo prevale sul precedente».

Il motivo di tale norma è rinvenibile nelle scelte strategiche che le parti hanno compiuto con il nuovo Accordo. La trattativa, infatti, è stata condotta sulla base del mandato che la FIMP si era data attraverso le decisioni degli Organi centrali della Federazione: questo Accordo doveva essere propedeutico alle trasformazioni organizzativo funzionali che saranno recepite nel prossimo rinnovo contrattuale relativo al biennio 2008 - 2009 e che rappresentano altrettanti impegni che le parti hanno sottoscritto e inserito nella norma finale n. 8.

3.2 NOTA. Il progetto della FIMP prevede, e prevedeva, che sia riconosciuta come funzione di pubblica utilità l'attività svolta dai pediatri di famiglia e, per questo, le sia attribuito un riconoscimento economico. Per realizzare ciò, dal punto di vista contrattuale, si sono definiti percorsi utili al potenziamento dei necessari processi di riorganizzazione funzionale delle attività. In altre parole, attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali e le Unità Complesse di Cure Primarie, si realizzano i due livelli, funzionale e organizzativo, della medicina territoriale. Si fa parte del primo livello con l'ingresso nella AFT e si cresce, dal punto di vista "organizzativo-economico-strumentale" con l'ingresso nel secondo livello con la partecipazione alle UCCP. Tant'è che dal punto di vista economico, gli aumenti sono stati dati tutti sulla quota capitolaria, proprio per realizzare il riconoscimento economico della funzione pubblica svolta dai pediatri di famiglia. Quindi, anche il territorio, adesso, ha il suo doppio livello organizzativo-funzionale a riconoscimento pieno della funzione pubblica svolta dal pediatra di famiglia. **È di tutta evidenza, quindi, la scelta politica di rendere prevalenti le nuove norme sulle esistenti.** Ma non si può sottacere che, in ogni caso e in via generale, le norme del Diritto prevedono sempre che in qualsiasi settore si vada a regolamentare *ex novo* una qualsiasi materia, la nuova normativa è prevalente rispetto alla precedente. La FIMP, anche in questo caso, ha però voluto inserire un'ulteriore norma di garanzia. Infatti, l'ultimo periodo del dispositivo procedurale dispone che: *«L'eventuale contenzioso che permanga dopo l'intervento regionale è risolto secondo quanto previsto dalla norma finale n. 7».*

«In ottemperanza al combinato disposto dell'art. 46, comma 1 D.lgs 30 marzo 2001, n. 165 e dell'art. 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 la SISAC fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme interpretazione delle clausole contrattuali sentite le OO.SS. sindacali firmatarie del presente accordo». Questo il testo della norma finale n. 7 che si riferisce alla uniforme interpretazione delle clausole contrattuali, richiamando l'articolo 46 del Dlgs 165/2001, che dà alla SISAC *«la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni»*, e l'articolo 52, comma 27, della legge 289/2002, che *«istituisce la SISAC»* e le dà funzioni di rappresentanza delle pubbliche amministrazioni regionali. Tutto ciò, come si può facilmente intuire, ai fini della procedura prevista *ex lege* per l'interpretazione autentica delle norme contrattuali. Tale procedura è definita, in particolare, dall'articolo 49 del Dlgs 165/2001 che dispone: *«Quando insorgano controversie sull'interpretazione dei contratti collettivi, le parti che li hanno sottoscritti si incontrano per definire consensualmente il significato della clausola controversa. L'eventuale accordo, stipulato con le procedure di cui all'articolo 47, sostituisce la clausola in questione sin dall'inizio della vigenza del contratto».* **Quindi, in ultima analisi, nessuna interpretazione penalizzante la categoria può essere realizzata, giacché serve il benessere del sindacato per dare uniforme interpretazione alle norme dell'ACN.**

3.3 Gli strumenti (Articolo 6). Al testo originale del 2005 è stato aggiunto un comma finalizzato a dare applicazione ai nuovi strumenti inseriti nei testi degli articoli concordati in fase di preaccordo affinché, detti strumenti, possano essere di sostegno agli obiettivi che il nuovo accordo si propone per arrivare a definire il nuovo modello di erogazione delle prestazioni e dei servizi pediatrici in ambito territoriale. Per tale motivo, e al fine di non generare dicotomie interpretative, sono stati soppressi quattro commi (b, c, d, e) riconducibili al precedente sistema di organizzazione distrettuale integrata che si realizzava attraverso le forme associative previste nel 2005. **L'articolo, quindi è stato semplicemente aggiornato al fine di renderlo compatibile con il nuovo modello.**

3.4 Gli aumenti contrattuali (Articolo 9). Sono state semplicemente riviste e aggiornate le tabelle parametriche sulla base degli incrementi economici concordati che prevedono tutti gli aumenti in quota capitaria.

3.5 L'entrata in vigore e la durata dell'ACN (Articolo 11). L'articolo è stato modificato realizzando una frase generica visto che per quanto attiene l'entrata in vigore e la durata dell'accordo esiste la specifica disposizione di legge contenuta nell'articolo 1, comma 178, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

3.6 Il campo di applicazione (Articolo 13). L'articolo, che rappresenta la garanzia primaria del vincolo funzionale che si instaura tra SSN e pediatra di libera scelta, è stato semplicemente aggiornato migliorandone la dizione e specificando che detto vincolo giuridico è efficace a partire dal rapporto di lavoro che si concretizza con la ASL.

3.7 I compiti e le funzioni del Pediatra di famiglia (Articolo 13 bis). Questo è il primo dei nuovi articoli, ed è di importanza fondamentale giacché definisce le funzioni del pediatra in modo da chiarire esemplarmente che nulla hanno a che vedere con le prestazioni. Quindi, realizza il concetto di riconoscimento giuridico della funzione grazie al quale è stato possibile spostare l'intero aumento contrattuale del 4,85% sulla quota capitaria. Il che di per se crea un duplice presupposto storico: in primis l'aumento è garantito uguale per tutti in ogni località d'Italia; inoltre, eroga un aumento senza prevedere maggiori prestazioni ma semplicemente per il fatto che il medico è un pediatra di famiglia. Tutto questo è tanto vero che nel leggere l'articolo si capisce fin dal primo comma che si parla esclusivamente di funzioni e obiettivi. Una sola eccezione viene fatta, ma dipende dalla legge e non dall'Accordo, e riguarda gli obblighi relativi al flusso informatico, alla tessera sanitaria e alla

ricetta elettronica che, *ex lege* debbono essere svolti da tutti i medici convenzionati, nessuno escluso.

3.8 I contenuti demandati alla negoziazione regionale (Articolo 14). L'articolo rimane sostanzialmente invariato e, a parte la soppressione di alcuni commi che risultano essere superati dalle novità introdotte dal nuovo accordo, la novità sostanziale consiste nel fatto di essere riusciti ad inserire una ulteriore norma di garanzia di percorso nella definizione dei compiti e delle attività che i pediatri di famiglia svolgeranno nelle AFT e nelle UCCP. Infatti, al comma 3, dell'articolo 14, è specificato che saranno gli accordi regionali a definire tali compiti e attività nelle nuove forme associative previste dall'ACN.

3.9 Le équipes territoriali e le UTAP (Articolo 26). L'articolo, precedentemente soppresso, è stato recuperato in sede di stesura definitiva al fine di dare anche la possibilità di proseguire, ove ritenuto utile, la sperimentazione e la conseguente valorizzazione delle forme associative esistenti in quelle realtà regionali che lo ritenessero indispensabile.

In ogni caso, si chiarisce che tale possibilità aggiuntiva, nulla toglie al sistema di garanzia dei diritti acquisiti. Infatti, non a caso, la norma finale n. 10, dispone che non possa essere messo in discussione il sistema di incentivazione vigente.

Cioè, tutto ciò che i pediatri di famiglia percepiscono in forza di precedenti accordi relativamente alle vecchie forme associative (équipes o UTAP) fa parte dell'onorario complessivo del singolo pediatra di famiglia.

La norma finale n° 10 è altresì una norma di garanzia a tutela di tutti gli istituti previsti nell'art. 52, ovvero forme associative, incentivi per il personale di studio ed informatica, che continuano ad essere previsti e i rispettivi incentivi erogati ai pediatri che non faranno parte delle istituende UCCP. Per coloro che invece ne faranno parte saranno altresì salvaguardati attraverso gli accordi regionali i valori economici sino ad allora percepiti

La norma va inoltre letta in combinato disposto oltre che con l'articolo 26, anche con l'articolo 52 anch'esso rimasto inalterato, ivi compresi i rispettivi istituti economici che continuano ad essere garantiti secondo quanto previsto dalla richiamata norma finale n° 10. Nelle more di una completa attuazione delle UCCP le Regioni possono continuare a prevedere l'attuazione di quanto contenuto nell'art. 52.

Insomma, è stato previsto proprio tutto! Nel senso che la parte economica acquisita negli anni in forza della partecipazione alle équipes o alle UTAP resta comunque ai singoli pediatri; inoltre, fintanto che non verranno attivate le nuove forme associative, le cui modalità sono di esclusiva competenza degli accordi regionali, continuano comunque ad esistere le vecchie forme associative, sia dal punto di vista organizzativo, sia da quello economico.

3.10 Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (Articolo 26 bis). Una delle principali novità organizzative contenute nell'ACN è costituita dalle **Aggregazioni funzionali territoriali** della pediatria di famiglia, la cui creazione – seguendo il corso filologico del progetto FIMP – sarà del tutto graduale, e avverrà sia in base a criteri di contiguità logistica (cioè, tenendo conto dell'insieme delle attività organizzative, gestionali e strategiche che influenzano le funzioni pediatriche nel territorio oltre che dei flussi informativi riconducibili agli assistiti) che territoriale. Dal tenore del testo dell'articolo viene in evidenza la estrema flessibilità nel modello organizzativo-funzionale che consentirà di fatto alle AFT di gestire in totale autonomia gli eventuali cambiamenti del modello di cure primarie, determinando esse stesse i processi di trasformazione che, in questo modo, possono originarsi dal basso ed evolvere liberamente secondo le reali esigenze e necessità dei pediatri di famiglia, piuttosto che aderire a modelli proposti o, peggio ancora, imposti dall'alto. «*Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli pediatri*» così dispone il comma 1, dell'articolo 26 bis, chiarendo fin da subito che non si tratta di integrare i professionisti in strutture associative ma di

integrarne le attività con una organizzazione a “rete” che consenta tale integrazione anche rispetto a quei pochi pediatri di famiglia professionalmente isolati dal resto del mondo per carenza di colleghi, ovvero per avverse situazioni orogeografiche. Ciò, evidentemente con il fine di non “lasciare indietro nessuno” rispetto al processo evolutivo che sta interessando il SSN. **In tale quadro complessivo, quello che viene in evidenza è l’assoluta estraneità delle AFT rispetto al modello di erogazione della copertura del servizio di pediatria di famiglia, nel senso che in nessuna parte dell’ACN è previsto che si modifichi l’attuale sistema di articolazione oraria e settimanale di apertura degli studi, al di là del tipo di articolazione associativa (AFT ovvero UCCP).**

In questo senso, si deve sottolineare, peraltro, che, trattandosi del rinnovo del primo biennio economico del quadriennio giuridico 2006-2009, le parti hanno preso comune impegno, attraverso il disposto di cui alla norma finale n. 8, al fine di trattare eventuali nuove disposizioni, che potrebbero prevedere modificazioni organizzative sostanziali, nel prossimo accordo collettivo nazionale.

3.11 I requisiti e le funzioni delle Unità Complesse di Cure Primarie (Articolo 26 ter). Altra fondamentale novità, riguarda la nuova forma associativa complessa, indispensabile per arrivare a definire il secondo livello di dirigenza medica territoriale. Qui, l’incipit dell’articolo chiarisce subito che anche in una funzione che finora è stata di esclusiva competenza delle Regioni: **la programmazione**, la FIMP è riuscita a far inserire il concetto di concertazione (che, come sappiamo, si basa sul confronto e la consultazione delle parti per la formazione delle decisioni politiche): *«Nell’ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN»*. La questione assume portata storica nelle relazioni sindacali della medicina territoriale, visto che i precedenti sono di livello confederale e di tipo triangolare (Governo – Confederazioni – Confindustria). Il quadro che ne esce è esemplificativo del come ci si faccia carico di ogni passaggio per arrivare a definire i percorsi di garanzia per la categoria. Lo stesso comma 1 prosegue, infatti, chiarendo che il modello di UCCP non è rigido e nemmeno unico ma dovrà tenere conto delle caratteristiche della realtà in cui si cala: *«I modelli dell’unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione»*. Ma se l’incipit dell’articolo definisce il potere di concertazione, subito a seguire, il comma 2 dello stesso articolo 26 ter, chiarisce che, per il resto, si dovrà trattare con il sindacato sui tavoli di contrattazione regionale: *«Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti»*. In altre parole, non solo ogni modalità organizzativa delle UCCP sarà frutto di trattativa regionale ma gli AIR dovranno anche individuare le modalità di **valorizzazione** delle risorse (umane, economiche, strumentali e strutturali) esistenti. Visto, poi, che i diritti acquisiti debbono essere garantiti, sempre al comma 2 troviamo la norma di garanzia: *«Per l’attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all’associazionismo, all’impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area»*. Ed ecco la “ciliegina sulla torta”: *«Nell’ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l’erogazione in forma diretta da parte dell’azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali»*. Insomma, tutti i costi li

sopporta l'ASL oppure li dovrà quantificare e versarli direttamente al pediatra. **È la realizzazione di un altro cavallo di battaglia della FIMP: il pediatra svolge una funzione di pubblica utilità a favore della popolazione e le strutture (studi) presso le quali opera sono individuate come articolazione distrettuale, quindi i costi debbono essere a carico del SSN. E così sarà!**

3.12 Le funzioni della pediatria di famiglia (Articolo 29). L'articolo è stato modificato esclusivamente al comma 8 che è stato eliminato. Il motivo è fin troppo evidente: non si può più ricondurre ai soli LEA pediatrici la funzione del pediatra visto che è stata riconosciuta di pubblica utilità e, per questo, è stata data una quantificazione economica a detta funzione.

3.13 I compiti del pediatra (Articolo 44). Questo articolo ha subito solo aggiornamenti in forza delle nuove disposizioni legislative su: flusso informativo, tessera sanitaria e ricetta elettronica, ovvero aggiornamenti riconducibili alle nuove forme associative.

3.14 Il trattamento economico (Articolo 58). Come detto, la novità più grande sta nel fatto che tutti gli incrementi sono in quota capitaria. Per la lettura analitica si rimanda alle schede della Presidenza.

3.15 Il flusso informativo (Articolo 58 bis). Testo realizzato *ope legis*.

3.16 La Tessera Sanitaria e la ricetta elettronica (Articolo 58 ter). Testo realizzato *ope legis*.

3.17 I contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia (Articolo 59). L'articolo è stato corretto per la parte che riguarda l'aumento del contributo previdenziale a favore dell'Enpam che, per la pediatria di famiglia resta invariato al 15%. Ciò perché non è chiara la finalità di detto aumento contributivo che, peraltro, sarebbe stato tutto a carico dei pediatri, come lo è per i medici di medicina generale. Su base volontaria, invece, chi vorrà potrà aumentare il proprio contributo a favore dell'Ente di previdenza senza che, però, questa scelta debba divenire obbligo. Altra questione la copertura di assistenza integrativa per la copertura dei primi trenta giorni di malattia. La norma è stata eliminata (rimarrà com'è fino al 31 dicembre 2009). Dal 1 gennaio 2010 sarà istituito un Ente di assistenza integrativa per i pediatri di famiglia che gestirà la polizza malattia e altre coperture a favore della categoria. Per i pediatri quello che cambia è che il contributo non avverrà più con prelievo diretto da parte della ASL ma tramite adesione volontaria. In ogni caso, aver cancellato tale norma significa avere inserito il quantum economico corrispondente nella quota capitaria, il che porta un ulteriore aumento salariale e il fatto che, da ora, la parte finora destinata alla copertura di malattia per i primi trenta giorni entra a far parte del monte salari e quindi godrà delle percentuali di aumento previste ad ogni rinnovo contrattuale.

3.18 Le norme finali. Le attuali norme finali rappresentano un vero e proprio corollario normativo di garanzia dei diritti acquisiti dalla categoria. Questo, giacché le novità introdotte nell'Accordo devono essere realizzate secondo un percorso modulare, senza "strappi". Di alcune abbiamo già parlato nel corso della presente analisi, altre sono restatesi immutate nel testo del 2005, la n. 8, in particolare, rappresenta un mini accordo tra le parti che hanno preso una serie di impegni per quando si riapriranno le trattative per il futuro rinnovo del biennio 2008 – 2009 che, oltre alla parte economica dovrà rivedere anche la parte giuridica.

3.19 Le norme transitorie. Si tratta di semplici aggiornamenti del testo 2005.

3.20 Nota a verbale. La FIMP e la CIPE hanno preso impegno ufficiale per dare vita, entro il 1 gennaio 2010, al nuovo sistema di copertura assicurativa per i primi 30 giorni di malattia.