

La contrattazione locale:
dall'Accordo collettivo nazionale(ACN) all'Accordo
Integrativo Regionale (AIR)
la negoziazione negli Accordi Attuativi Aziendali (AAA)

Franco Pisetta

19/02/2024

ACN 2024 (2019/21)

ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

- 1. L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del S.S.N., nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.

- 2. I **tre livelli di negoziazione** previsti dalla normativa vigente (**nazionale, regionale e aziendale**) devono risultare **coerenti** col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di **complementarietà e mutua esclusione** che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione

ACN 2019/21

ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE

- 3. Il livello di **negoziazione nazionale (ACN)** si svolge attorno ad aspetti di ordine generale, quali ad esempio:
- a) la definizione dei **compiti**, delle **funzioni** e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
 - b) la **dotazione finanziaria** a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale medico convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
 - c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (**parte economica fissa**);
 - d) la definizione della **parte variabile** del compenso;
 - e) la **rappresentatività sindacale**, nazionale, regionale ed aziendale;
 - f) la definizione di requisiti e criteri per l'**accesso** ed il mantenimento della **convenzione**;
 - g) la **responsabilità delle Regioni e delle Aziende Sanitarie nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale**;
 - h) i criteri generali della **formazione obbligatoria**, nei suoi principali aspetti.

ACN 2019/21

ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

- 4. Il livello di **negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi** per attuarli, **in coerenza con la programmazione** e le finalità del Servizio Sanitario **Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale**, anche in considerazione di quanto previsto dal successivo **articolo 4**, nonché la **modalità di distribuzione della parte variabile del compenso** e le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali come previsto dall'articolo 8, comma 3.

- 5. Il livello di **negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA)**, in **applicazione dell'AIR**, specifica i progetti e le attività dei pediatri convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto anche della programmazione di cui all'articolo 13.

ACN 2019/21

ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

- 6. Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali **clausole degli Accordi regionali ed aziendali in contrasto rispetto al presente Accordo sono nulle**, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile
- 7. Gli Accordi regionali ed aziendali sono trasmessi alla SISAC ed ai rispettivi Comitati regionali entro 30 (trenta) giorni dall'entrata in vigore.

Articoli dell'ACN che entrano in vigore con Programmazione o Provvedimenti regionali e/o AIR

- Art. 4 - Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale. (Pogr.R e AIR)
- Art. 6 - Flussi Informativi (Prov.R)
- **Art. 8** - Istituzione delle Forme Organizzative (Pogr.R e AIR)
- **Art. 12** - Comitato Aziendale (necessario firmare AIR)
- Art. 13 - Programmazione delle attività della PLS e Allegato 1- Assistenza Proattiva (progr. Aziendale e AFT)
- Art. 15 - Rappresentatività (Composizione delle Delegazioni Trattanti in accordo con le OOSS)
- Art. 25 - Formazione continua (AIR Pogr.R e Comitati)
- Art. 26 - Attività didattica (AIR)
- **Art. 28** - Caratteristiche Generali delle AFT (Pogr.R e AIR)
- Art. 29 - Il Referente di AFT (AIR)
- **Art. 30** - Rapporto Ottimale e carenza assistenziale (AIR)
- Art. 34 - Sostituzioni (AFT)
- Art. 43 - Visite occasionali (Prov.R e AIR)
- **Art. 44** - Trattamento economico del PLS (quota B ripartita da AIR, C integrata da AIR, D da AFT, E da AIR)
- Art. 46 - Attività territoriali programmate (AIR e Aziende)

ACN 2019/21

ART. 30 – RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE.

1- Dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo il rapporto ottimale dei pediatri di libera scelta, riferito a ciascun ambito territoriale, è determinato in base al numero di residenti di età compresa tra 0 e 14 anni, decurtato il numero degli assistiti di età superiore ai 6 anni e minore di 14 anni in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria. **In assenza degli Accordi Integrativi Regionali**, per la determinazione degli ambiti da considerare carenti, si applica il seguente calcolo: somma del numero dei bambini residenti in età 0-5 anni e 364 giorni con il 70% dei residenti in età 6-13 anni e 364 giorni. In esito a tale calcolo si procede all'inserimento di un pediatra ogni 850 residenti o frazione superiore a 450.

AIR 2006

Durata dell'Accordo

Il presente Accordo regionale ha durata **fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale** per **l'attuazione del prossimo ACN** per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta.

LEGGE n. 189, 8 novembre 2012

Art. 1 comma 4 lettera h-bis) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e **secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali**

ACN 2019/21

ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

➤ 1. La programmazione regionale finalizza gli **AAIIRR** alle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

- a) **PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)**

Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un **disegno strategico centrato sulla persona** ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per **prevenire e ridurre il rischio di cronicità e migliorarne la gestione** nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della **condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)**, in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono **l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta ai programmi di prevenzione e promozione della salute del bambino ed alla presa in carico degli assistiti affetti da malattie rare o croniche e ad alta complessità** per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

ACN 2019/21

ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

- **b) PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.).**

La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il calendario vaccinale indica le vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età. Le Regioni definiscono il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli **AAIIRR possono prevedere una attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.**

ACN 2019/21

ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

- **c) ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.**

L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIRR prevedono l'**integrazione nelle reti territoriali dei pediatri di libera scelta e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza** ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il **coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.**

ACN 2019/21

ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

- **d) GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA.**

Nell'ambito degli **AAIIRR**, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la **partecipazione** dei pediatri di libera scelta **ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni**, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti.

ACN 2019/21

ART. 13 – PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

- 1. Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. **l'Azienda definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della pediatria di libera scelta**, in coerenza con il proprio modello organizzativo, **individuando**:
- a) **gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) e in considerazione di quanto previsto all'Allegato 1 sull'assistenza proattiva;**
 - b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

ACN 2019/21

ALLEGATO 1 – ASSISTENZA PROATTIVA.

- 1. Il pediatra di libera scelta riveste un ruolo preminente nella tutela della salute dei **soggetti fragili**, in particolare del bambino, dell'**adolescente** e dei soggetti **affetti da patologie croniche e disabilità**. Tali condizioni presuppongono la definizione, in ambito territoriale, di **percorsi**, modalità di **integrazione ed interazione** dei professionisti oltre ad uno stretto legame con le strutture sociali.
- 2. **L'assistenza proattiva** è assicurata dal pediatra di libera scelta sulla base di una **presa in carico del bambino che preveda attività educative e clinico assistenziali, anche nei confronti dei genitori** (promozione dell'attività fisica e sportiva, rispetto delle norme di sicurezza per il trasporto dei bambini, ecc...), volte alla adozione di **corretti stili di vita**, alla partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (**P.N.P.V.**) vigente ed alla **diagnosi precoce**.
- 3. L'attività assistenziale è assicurata individualmente dal pediatra di libera scelta coadiuvato anche dal personale di studio, nonché in forma partecipata con gli altri pediatri della AFT. **Nell'ambito** del regolamento **di AFT** possono essere individuati **pediatri "esperti"** in specifici ambiti clinici, che possano svolgere un ruolo di interfaccia con i colleghi della AFT al fine di favorire il loro sviluppo di competenze e conoscenze in quel determinato ambito ed anche in grado di svolgere un ruolo da **“first opinion”** relativamente alla clinica ed alla diagnostica di primo livello.
- 4. Il pediatra di libera scelta partecipa alla costituzione del team multiprofessionale con i professionisti della **UCCP** di riferimento individuati nel piano di cura per la gestione del caso.

ACN 2019/21

Art. 46 - Attività territoriali programmate

- 1. **L'Azienda**, sentito il Comitato aziendale, **può attribuire attività a tempo determinato**, non superiori ad un anno, espressamente rinnovabili, per lo svolgimento di **attività di prevenzione e profilassi a livello di comunità, indagini epidemiologiche ed educazione sanitaria**. Il servizio può essere attivato anche **per coordinamento di progetti distrettuali per la pediatria di libera scelta**, coordinamento di studi epidemiologici, collaborazione per le **attività limitate al settore delle attività pediatriche, direzione di dipartimenti materno-infantili, oltre che per far fronte a carenze di assistenza pediatrica**.
- 2. L'attività può essere affidata a:
 - a) pediatri inseriti negli elenchi di scelta dell'Azienda;
 - b) pediatri inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7.
- 3. È demandata alla **contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione** delle attività di cui al presente articolo.

Accordi Integrativi Regionali (AIR) Introdotti con l'ACN 1996

ACN 1996

- DICHIARAZIONE PRELIMINARE

Il riordino del Servizio Sanitario nazionale, avviato dai decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502, e 7 dicembre 1993 n. 517, comporta una riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale con riflessi anche sull'area della pediatria di libera scelta, **accentuando il ruolo delle Regioni, delle Aziende e delle organizzazioni sindacali nelle loro diverse articolazioni territoriali**, stimola la crescita di una dinamica innovativa tesa al miglioramento della qualità dell'assistenza e allo sviluppo di una cultura e di una prassi per un ricorso appropriato alle prestazioni sanitarie.

AIR della PLS del Veneto

- 1) AIR 10 ottobre 1997 (dopo ACN 1996)
- 2) AIR 11 dicembre 2001 (dopo ACN 2000)
- 3) AIR 18 luglio 2006 (dopo ACN 2005)

AIR 2006: Struttura

- PREMESSE
- ELEMENTI DI CONTESTO
- OBIETTIVI STRATEGICI E STRUMENTI ATTUATIVI
- DISPOSIZIONI GENERALI
- INTERVENTI PER LA PLS

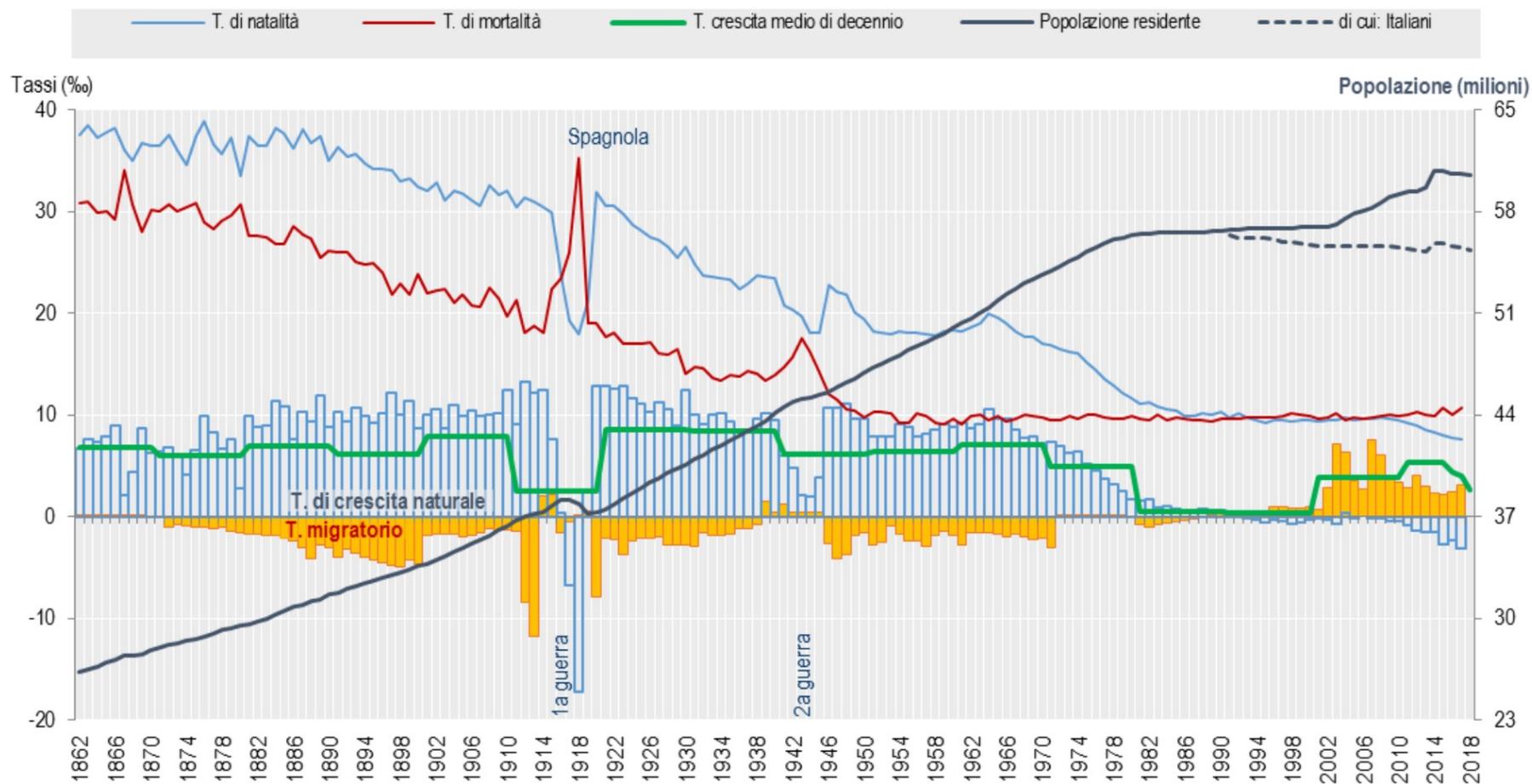
AIR 2006

PREMESSE

- Negli ultimi decenni i bisogni assistenziali dei bambini e delle loro famiglie sono mutati. I parametri nettamente cambiati sono principalmente tre:
 - la netta **riduzione demografica** (-50% circa);
 - la riduzione delle patologie medio-gravi;
 - il parossistico aumento della richiesta sanitaria (+ 400%).
- *Riduzione demografica.*

Nel Veneto la natalità è diminuita quasi del 50% tra gli anni Sessanta e l'inizio del 2000. Si è scesi da indici di natalità del 18,4‰ nel 1961 al 9,2‰ nel 1996 con una conseguente diminuzione globale dei bambini (0-14 anni) che sfiora il 50%. Le tendenze, secondo analisi ISTAT, non si modificheranno in futuro, anzi **vi saranno ulteriori contrazioni, nonostante l'arrivo di popolazione immigrata**, più prolifica, ma non così numerosa da incidere in positivo sul trend dei nuovi nati

Figura 2 Popolazione residente, di cui italiani; tassi di crescita naturale, migratorio e totale, e tassi di natalità e mortalità - Anni 1862-2018, dati al 1° gennaio, in milioni e per mille residenti



Fonte: Istat - Serie storiche (seriestoriche.istat.it) - [Popolazione residente ai confini attuali](#) e, dal 2002, indicatori demografici

AIR 2006

ELEMENTI DI CONTESTO

- Dal 1996 i **Piani Sanitari Nazionali** (PSN), come il vigente **Progetto Obiettivo Materno Infantile** 1998-2000, sottolineano con estrema chiarezza la trasformazione delle esigenze di assistenza pediatrica dell'infanzia.
- Il tuttora vigente PSN 2003-2005 ribadisce alcune anomalie del sistema di cure ed evidenzia anche nel Veneto un **eccesso irrazionale di ricoveri pediatrici** con marcate caratteristiche di inappropriatazza, seppur in misura minore rispetto alle medie nazionali (90‰ rispetto al 113‰ bambini residenti).
- Sussistono poi ulteriori dati su cui riflettere: nel Veneto 445‰ bambini residenti in età 0-12 mesi subiscono un ricovero (dato nazionale si attesta al 593‰) e le ospedalizzazioni dei bambini sono superiori rispetto alle attese, risultando da due a tre volte maggiori rispetto alle medie internazionali.
- È evidente allora, nonostante i positivi risultati di salute conseguiti, la necessità di modificare i modelli assistenziali dell'Ospedale e del Territorio, restituendo costo-efficienza al SSN.

AIR 2006

OBIETTIVI STRATEGICI STRUMENTI ATTUATIVI

- **l'importanza di un sistema delle Cure Primarie integrato**, fondato dunque sull'interazione tra i professionisti e sulla promozione delle sinergie tra i diversi poli della rete socio-assistenziale. Rispetto a questo punto è doveroso sottolineare, anche per quest'area, la necessità di coordinamento tra il Territorio e l'Ospedale per la realizzazione di modelli di integrazione funzionale tra il Primo e il Secondo Livello;
- **la necessità di realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza** nel concetto più ampio di **presa in carico globale dell'assistito**;
- la conferma della **validità del programma di prevenzione** primaria che deve essere esteso a tutta la popolazione infantile del Veneto con particolare attenzione all'intercettazione dei deficit sensoriali visivi ed uditivi, alla copertura vaccinale ed ai corretti stili di vita;
- un adeguato **sviluppo del Sistema di raccolta dei flussi informativi riguardo ai dati clinico epidemiologici** rilevanti sia per programmare correttamente lo sviluppo dei processi assistenziali, sia per monitorare gli esiti attesi degli interventi operati in termini di obiettivi di salute;
- la strategicità di **implementazione di modelli a responsabilità condivisa nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico**, volti a garantire il perseguimento di obiettivi di salute.

AIR 2006

STRUMENTI ATTUATIVI

- i **Patti** (*n.d.r. Aziendali*), finalizzati alla declinazione a livello aziendale delle linee programmatiche ed alla definizione di ulteriori obiettivi contestuali.
- le **forme associative** della Pediatria di Libera Scelta rappresentano lo strumento atto a promuovere modalità di lavoro integrato tra i Medici e di responsabilizzazione su obiettivi di equità e compatibilità economica del sistema; esse inoltre favoriscono la continuità dell'assistenza che è all'apice degli obiettivi dell'organizzazione dei servizi.
- Il presente **Accordo Regionale intende dunque valorizzare:**
 - la **valenza strategica del Patto**;
 - gli strumenti gestionali delle **forme associative**
 - la conferma e la valorizzazione del **progetto "Salute Infanzia"** come livello essenziale ed uniforme di prevenzione in ambito regionale;
 - la conferma e lo sviluppo del **progetto "Cure Primarie"**, quale espressione della appropriatezza diagnostico prescrittiva e del governo clinico delle patologie a maggior incidenza ed importanza sociale.

AIR 2006

DISPOSIZIONI GENERALI

- Attuazione degli articoli dell'ACN delegati alla definizione o alla attuazione negli AIR (ACN 2005 Art. 14. Contenuti demandati alla negoziazione regionale) fra i quali:
 - Ottimale e individuazione delle zone carenti
 - Deroghe al massimale
- **Le zone carenti straordinarie sono state introdotte nel Veneto con il primo AIR nel 1997** (conseguente all'ACN 1996)

AIR 2006

INTERVENTI PER LA PLS

- **Progetto Salute Infanzia** (Attuazione delegata dagli ACN a AIR (i BS nell'ACN 1996 e AIR 1997; Progetto S.I nell'ACN 2000 e AIR 2001)
- **Progetto Cure Primarie** (originale Veneto **AIR 2001** dopo l'ACN del 2000): 3 moduli:
 - Percorsi Diagnostico Terapeutici Condivisi
 - Continuità assistenziale diurna
 - Partecipazione alle UVMD per minori e collaborazione nei progetti di ADI

Nell'AIR 2006 aggiunte

- **Sviluppo delle Forme Associative** (i modelli associativi **vanno incrementati sotto il profilo quali – quantitativo**, anche per dare prosecuzione alla programmazione regionale in materia degli ultimi anni, **al fine di consentire a tutti i bambini del Veneto di essere assistiti tramite le forme associative**)

Accordi Aziendali: introdotti dopo ACN 2000 e AIR 2001

L'AIR del 2001 prevede «*l'istituzione di un «Fondo Aziendale per l'assistenza primaria» per promuovere l'attuazione degli obiettivi di salute fissati dalla programmazione regionale, da conseguire attraverso **l'applicazione, in sede aziendale (Patto), degli indirizzi dell'Accordo regionale per la Medicina convenzionata***

*Il fondo è **alimentato con risorse certe e definite pari ad un compenso forfetario di 6000 £ per assistito in carico»***

Diventa poi

- **Quota A** regionale di 3,10 €

Dal 2005 integrata con la

- **Quota B** regionale di 1,35 €

- **Quota C** aziendale

(che saranno le risorse economiche dei Patti aziendali)

Cosa delega l'AIR 2006 alla trattativa dei Patti Aziendali

- Le **azioni integrative del progetto Salute Infanzia** (disturbi neurosviluppo, screening ambliopia, obesità ecc.) o **obiettivi di promozione della salute** (allattamento al seno, prevenzione del fumo ecc.)
- **L'attuazione dei PDTA** (a parte PDTA asma e allergie, obbligatorio per la corresponsione dei 3,08 € dell'art. 58 lett. B c. 15 governo clinico)
- **La continuità assistenziale diurna**
- **Lo sviluppo delle forme associative**
- La definizione della **pediatria in rete**
- L'assistenza in **zone disagiate**

Cosa delega l'AIR alla trattativa diretta fra Azienda ULSS e sindacato

- Intesa per l'identificazione e la pubblicazione delle **zone carenti straordinarie**
- Stabilire annualmente la misura delle eventuali **deroghe al massimale** «*in base alle esigenze locali della stessa Azienda ULSS in funzione di una migliore assistenza*»