

**Accordi Collettivi Nazionali del personale sanitario a rapporto convenzionale con il SSN
(quadriennio normativo 2006-2009 – biennio economico 2006-2007)
(considerazioni di parte sindacale)**

Analisi del contesto

L'invecchiamento della popolazione e l'andamento demografico attuale con il correlato aumento dei malati cronici e non autosufficienti che coinvolge tutte le fasce di età, richiede una profonda revisione dell'attuale Welfare System, sia in termini di razionalizzazione dei sistemi di finanziamento e di spesa complessivi, sia in termini di sinergia delle componenti previdenziali, di assistenza sociale e sanitaria.

Come indicato nel Libro Verde di consultazione pubblica (La vita buona nella società attiva) curato dal Ministro Sacconi in sintonia con quanto riconosciuto a livello internazionale e approvato dal Governo nello scorso luglio, è di fondamentale importanza trasformare l'approccio assistenziale/paternalistico alla condizione di malattia e di disagio sociale in un affiancamento del cittadino per aiutarlo a prevenire, per quanto possibile, tali condizioni.

Per quanto riguarda in particolare la tutela della salute dei cittadini, ciò può essere realizzato trasformando l'attuale impostazione di attesa del SSN in una impostazione di iniziativa, che si prende cura della persona fin dalla nascita e la segue costantemente senza aspettare la manifestazione della malattia.

Questa impostazione richiede la presenza di servizi sociali e sanitari vicini ai luoghi di vita dei cittadini, servizi fortemente integrati fra loro e parte della comunità cui ciascuno appartiene, come già affermato nella dichiarazione di ALMA ATA.

Lo sviluppo dell'Assistenza Primaria in Italia deve assumere in tale prospettiva un'importanza strategica fondamentale per gli interessi di salute della popolazione e per la sostenibilità di tutto il Welfare System.

Se quanto sopra è vero, è esigenza nazionale improcrastinabile avviare, con investimenti a breve e medio termine adeguati, un profondo cambiamento della medicina generale, della pediatria di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni che, pur meritoria per il contributo fino ad ora fornito alla tutela della salute dei cittadini, deve trovare un nuovo assetto capace di garantire una efficace ed efficiente presa in carico del cittadino in un atteggiamento di iniziativa.

Rinvviare tale processo di rinnovamento significa continuare ad erogare in strutture di secondo livello prestazioni ad alto costo in modo inappropriato o, in alternativa, razionare progressivamente e drasticamente le prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza, trasferendole a carico dei cittadini

Considerazione preliminare

I nuovi AACCN non possono essere posti in semplice continuità con i precedenti, ma devono creare le condizioni che consentano e determinino una efficiente ed efficace attività professionale dei medici di medicina generale (assistenza primaria, continuità assistenziale e medicina dei servizi), dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni “...*per il miglioramento dell'efficienza del sistema sanitario e della tutela della salute dei cittadini, l'integrazione e la continuità assistenziale intese nel loro significato più ampio, il governo clinico e assistenziale a garanzia della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi, l'equità di accesso come elemento fondante di un sistema sanitario pubblico ...*” (Piattaforma negoziale SISAC).

Prima di qualsiasi assetto organizzativo è di fondamentale importanza definire ruolo e funzioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti convenzionati e la loro contestualizzazione nello scenario della sanità italiana.

Da ciò devono derivare i compiti e quindi la competenza professionale (sapere, saper fare e saper essere) dei professionisti convenzionati, in considerazione anche del fatto che tali competenze non

possono essere possedute tutte da un singolo professionista, ma si possono e devono esprimere compiutamente nel processo organizzativo di un gruppo di professionisti che più direttamente collaborano fra loro. Sulla base dei compiti individuati si rende necessaria l'integrazione di altre figure professionali che consenta al medico delle cure primarie una rimodulazione del tempo lavoro per far fronte all'impegno richiesto.

Formazione specifica post-laurea e formazione specifica abilitante singole funzioni, nonché funzioni, ruoli, compiti, modalità di attribuzione degli stessi ai singoli professionisti o a loro gruppi, prescindono dall'assetto organizzativo di erogazione delle prestazioni che ciascuna regione intende darsi, ma vanno riportate ad un livello nazionale attraverso strumenti legislativi per garantire all'interno di un quadro normativo, uniformità di competenza professionale dei medici e quindi di potenziale uniformità di assistenza erogata ai cittadini su tutto il territorio nazionale.

Gli indirizzi generali

E' pienamente condiviso l'obiettivo del Comitato di Settore di ricollocare "*... nell'ambito della più appropriata responsabilità di programmazione regionale ed aziendale lo sviluppo dell'assetto organizzativo dei servizi...*", introducendo "*...l'obbligo per tutto il personale sanitario convenzionato di svolgere la propria attività all'interno dell'assetto organizzativo che ogni Regione ha scelto di darsi...*" purché l'ACN contenga valide garanzie di incisiva partecipazione decisionale delle OOSS ai processi di programmazione e gestione.

Le OOSS ritengono pertanto irrinunciabile a questi fini lo strumento dell'Accordo regionale integrativo, nell'ambito del quale devono essere concordati i modelli organizzativi e la loro operatività, con adesione dei medici secondo gradualità e flessibilità specificate negli accordi stessi, ma con garanzia assoluta della copertura di tutte le spese e la retribuzione degli eventuali maggiori carichi di lavoro.

Propedeutica alla realizzazione di questo obiettivo è la ristrutturazione del compenso, argomento che sarà affrontato più avanti.

Il tutto deve poter essere gestito con l'introduzione di meccanismi di partecipazione garantita e strutturata dei professionisti convenzionati alle attività di programmazione a livello distrettuale, aziendale e regionale ed al governo clinico, affidando ai medici convenzionati le funzioni di management organizzativo all'interno delle aggregazioni funzionali e dei modelli erogativi.

E' condiviso anche l'obiettivo di costruire una "*...reale collaborazione ...*" tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali convenzionati, ospedalieri e medici delle strutture erogatrici. Per raggiungere tali risultati è necessario prevedere parti di articolato degli ACN e degli AIR condivisi unitariamente dalle OOSS di tutte le figure professionali convenzionate e, laddove coinvolte, delle strutture ospedaliere.

Per quanto riguarda la possibilità di ospitare nello studio medico specialisti privati, bisogna ricordare che tali iniziative sono quasi sempre state create per condividere le spese derivanti dai mancati finanziamenti aziendali per struttura e personale e da inadeguata accessibilità a prestazioni specialistiche per i cittadini. Le OOSS ritengono quindi che il problema vada affrontato attraverso una progettualità in "positivo", capace di offrire alternative concrete ai cittadini in termini di servizi pubblici ed ai medici per la sostenibilità delle strutture.

Gli obiettivi specifici

1. Fra gli obiettivi specifici la parte sindacale ritiene fondamentale ed irrinunciabile la ristrutturazione del compenso cui si è accennato sopra. Devono essere nettamente distinte le risorse destinate alla remunerazione dell'attività professionale (prevalentemente definite e quantificate a livello nazionale) da quelle necessarie ad acquisire i fattori di produzione (attrezzature, personale,

ecc.), che essendo anche legate al modello erogativo regionale, devono poter essere integrate a tale livello. Ciò comporta che le Regioni assumano, a livello nazionale, per quanto riguarda gli standard concordati, impegni temporali ed economici di attuazione vincolanti. La ristrutturazione del compenso deve anche rispondere alla necessità di eliminare la concorrenza diretta fra singoli medici centrata sulla esclusiva acquisizione della quota capitaria che, come ampiamente verificato, non esprime miglioramento della qualità erogata; questo senza compromettere la libertà di scelta del cittadino, il rapporto di fiducia medico paziente e favorendo la collaborazione tra i professionisti. Saranno previsti meccanismi premianti in funzione del miglioramento dell'assistenza.

2. Le OOSS ritengono debba essere definitivamente superata la denominazione di forme associative semplici e/o complesse siano per il rischio di fraintendimenti in ambito fiscale, E' quindi necessario introdurre una nuova terminologia.

Prima di tutto è necessario distinguere **le aggregazioni funzionali dai modelli erogativi**.

a. **le aggregazioni funzionali** prescindono dal modello organizzativo di erogazione delle prestazioni e individuano i professionisti che devono collaborare direttamente fra loro per assistere, in modo completo e coordinato, una definita popolazione e le relative modalità di distribuzione e svolgimento dei compiti di ciascuno.

Tali aggregazioni, che devono essere composte da un numero di professionisti sufficientemente ampio, consentirebbero di ricomprendere in esse in modo coordinato e sinergico funzioni già di fatto attualmente svolte dai medici delle cure primarie in modo disgregato, senza alcun coordinamento funzionale con le attività di assistenza primaria, quali la continuità assistenziale, e consentirebbe di realizzarne in modo efficiente altre quali la medicina di iniziativa e l'offerta assistenziale di competenze specifiche. L'omogeneità delle procedure conseguenti al coordinamento funzionale consentirebbe anche attività di audit attraverso la verifica di indicatori di processo e di risultato (questi aspetti attengono all'ACN e sono intimamente legati a ruolo, funzioni e compiti professionali).

b. **I modelli erogativi** (UTAP, PROGETTO ME.DI.CO, GCP, NCP, UCP, MEDICINA DI GRUPPO ecc) che possono essere sostenuti da singole aggregazioni funzionali o da parti di essa, definiscono i luoghi di esercizio delle attività, le professionalità mediche (generaliste e specialistiche) e non mediche coinvolte, le tecnologie diagnostiche disponibili, le modalità di integrazione con i servizi di natura diversa. I modelli erogativi, sulla base di standard minimi definiti negli ACN sono di esclusiva competenza delle singole Regioni, tenendo conto delle necessarie gradualità, delle peculiarità degli ambiti territoriali e della possibilità che coesistano forme di esercizio individuale comunque integrabili nelle aggregazioni funzionali.

La distinzione fra aggregazioni funzionali e modelli erogativi risponde alla necessità di consentire la massima flessibilità ai diversi orientamenti organizzativi regionali, senza compromettere l'uniformità delle condizioni fondamentali necessarie ai medici delle cure primarie per sviluppare la disciplina dal punto di vista qualitativo e professionale.

Le aggregazioni funzionali possono essere considerate un pre-requisito, o meglio uno standard. In altre parole è individuato, come livello funzionale minimo, l'informatizzazione in rete orizzontale.

Il riferimento alle economie di scala, presente nella piattaforma SISAC, non può essere inteso che come un semplice auspicio al migliore utilizzo delle risorse esistenti in termini di strutture e personale di studio; gli investimenti fino ad oggi posti in essere hanno infatti consentito di realizzare solo in alcune realtà una iniziale strutturazione dell'organizzazione delle cure primarie, comunque ben lontana dagli standard evoluti a livello internazionale.

Coerentemente tutte le indennità correlate alle attuali forme associative previste dall'attuale ACN, saranno comunque utilizzate per riqualificare l'onorario dei medici, aggiungendo le risorse necessarie a tutelare gli investimenti fatti dai medici nell'interesse del SSN ed in applicazione degli ACN precedenti.

3. Anche la disponibilità allo sviluppo dell'ICT deve essere considerata un standard (pre requisito), perché rappresenta uno strumento ormai irrinunciabile sia per l'aggregazione funzionale sia per l'integrazione delle cure primarie con il SSN a fini di servizio, gestionali e di governo clinico.

Il problema del sistema informativo deve avere prospettive diverse. Se è vero che *"...la definizione di un nuovo ruolo del personale sanitario convenzionato nel processo di sviluppo dei sistemi regionali e del sistema nazionale di Information Communication Technology (ICT) applicata alla sanità è parte integrante dell'assetto organizzativo che una Regione si è data o intende darsi..."* è anche vero che alcune impegnative funzioni informatiche sono previste dalle leggi nazionali in modo uniforme, in tutte le regioni ed indipendentemente dal loro assetto organizzativo (ricetta on-line, certificati vari on-line).

Le Regioni ritengono che *"...lo studio di ciascun medico debba diventare tra l'altro il terminale di una rete permanente di osservazione epidemiologica, attraverso cui raccogliere informazioni relativamente alle condizioni di salute di ciascun paziente e per questa via contribuire a far emergere i bisogni sanitari delle varie comunità..."*. Le OOSS condividono questo obiettivo anche se lo ritengono riduttivo potendo l'ICT essere anche strumento di analisi (accountability) delle attività e dei risultati delle cure primarie, di clinical governance e soprattutto strumento di integrazione fra i servizi per l'erogazione di prestazioni ovunque si trovi il singolo cittadino che ha diritto di muoversi dentro e fuori la Regione di residenza.

Se lo "studio di ciascun medico" è inteso come esemplificazione delle nuove "aggregazioni funzionali" risulta chiaro che in tale contesto ci debba essere la rete tra i medici e la rete con il sistema o SSR; quindi ogni medico deve cooperare agli obiettivi dell'ICT, pur nelle diverse sfaccettature regionali. Ma ciascun medico, in grado di operare una adeguata raccolta dati e di strutturare una completa scheda sanitaria per ogni assistito, entra in relazione con il Sistema Informativo Regionale per gli adempimenti burocratico - amministrativi, fino a fornire, se concordato, la ricetta ed il certificato on line. Tale disponibilità deve tener conto degli investimenti già fatti dalla categoria in termini strutturali (hardware e software), e soprattutto non trascurare i costi gestionali, della connettività e degli applicativi indispensabili a rendere efficiente il sistema, fino alla disponibilità a trasferire in rete il "patient summary" di ogni cittadino.

Per questo l'intersindacale pensa che lo sviluppo dell'ICT in sanità dovrebbe essere subordinato ad un forte coordinamento nazionale, in linea con l'adesione al progetto informatico europeo anche per evitare la moltiplicazione dei finanziamenti, che garantisca l'accessibilità alle prestazioni richieste su tutto il territorio nazionale, anche attraverso lo sviluppo del fascicolo sanitario individuale.

Ciò precisato, non sussistono impedimenti a negoziare un impegno informativo a carico del medico convenzionato a favore del SSN, i cui contenuti, condizioni e modalità di trasmissione siano definiti da un apposito tavolo tecnico nazionale.

4. Quanto precede sono condizioni irrinunciabili per avviare la negoziazione orientata al miglioramento della continuità della assistenza ambulatoriale ed domiciliare, a migliorare la medicina preventiva, a sviluppare la medicina di iniziativa con particolare riferimento alle malattie croniche, a potenziare l'assistenza domiciliare in collaborazione con gli specialisti convenzionati, non dimenticando l'assistenza alla persona in regime di residenzialità e l'integrazione con i servizi sociali.

5. Si ritiene altresì irrinunciabile che nell'ambito della medicina generale sia realizzato un unico accesso alla convenzione che consenta successivamente lo svolgimento di funzioni ed attività diverse, ed anche per la pediatria di libera scelta, articolate secondo una evoluzione dell'assetto

professionale che permetta alla medicina generale ed alla pediatria di libera scelta di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale, di formazione, di insegnamento, ricerca, di organizzazione e gestione, di prestazioni strumentali, di coordinamento informativo, di specifiche competenze cliniche che possono essere sviluppate con un peculiare percorso formativo ed esercitate da alcuni in funzione di servizio rispetto a tutta l'aggregazione funzionale, indipendentemente dai modelli erogativi scelti dalla trattativa.

6. Prevedere processi formativi, di aggiornamento e di ricerca che permettano di far fronte alle specifiche esigenze degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

7. Prevedere specifiche funzioni deputate all'organizzazione e gestione della attività specialistica sia in ambito ambulatoriale che domiciliare

8. Fermi restando i vigenti criteri di rappresentatività, devono essere rivisti gli organismi regionali ed aziendali ed istituito un comitato nazionale quale unico organismo paritetico deputato a fornire interpretazioni dell'ACN.

(PER OGNI AREA)

9. Emergenza sanitaria territoriale: si ritiene necessario, in primo luogo, che Governo e Regioni decidano quale modello dell'E.S.T. rendere uniforme su tutto il territorio nazionale.

Fermo restando ciò, le OOSS si impegnano, negli AACCN della medicina generale, a tutelare i medici in regime convenzionale per E.S.T.

Si ribadisce quanto segue :

- L'accesso all'E.S.T. avviene esclusivamente attraverso graduatoria separata da quella valida per la medicina generale, con obbligo per le Regioni di pubblicazione delle zone carenti.
- Che i medici incaricati per E.S.T. sono incompatibili con tutte le altre funzioni della medicina generale.
- Che non è ipotizzabile un riassorbimento o un utilizzo del servizio di Continuità Assistenziale nell'ambito dei servizi d'emergenza.

Gli aspetti finanziari

La condizione attuale della categoria è fortemente critica, stretta fra carichi di lavoro rapidamente crescenti e la progressiva riduzione dei guadagni, tanto da indurre sempre più medici a programmare un'uscita anticipata dalla convenzione.

Il medico di medicina generale ed il pediatra devono sostenere le spese per i fattori di produzione sottraendole dall'ammontare del compenso complessivo. Tali spese hanno avuto negli ultimi anni un aumento superiore non solo all'inflazione programmata, parametro utilizzato per l'adeguamento contrattuale del pubblico impiego che non è tenuto a procurarsi i fattori di produzione, ma addirittura superiore all'inflazione ufficiale. La dinamica dei compensi netti dei medici convenzionati è stata dunque sottoposta ad un doppio effetto penalizzante.

Inoltre il regime fiscale si è fortemente aggravato per tre fattori principali:

- la presunzione di un reddito maggiore motivato da spese sostenute per offrire standard qualitativi incentivati con indennità inferiori ai costi reali;
- l'imposizione dell'IRAP in una condizione in cui personale ed attrezzature non producono un aumento del reddito, ma al contrario lo riducono;
- l'introduzione dell'iniqua norma che ha ridotto la quota di deducibilità delle spese relative ai mezzi di trasporto, compensata per gli altri professionisti dalla detraibilità dell'IVA.

Da ultimo anche le garanzie professionali vanno riviste essendo la categoria scarsamente tutelata rispetto agli altri operatori del SSN in tema di infortuni sul lavoro, di gravidanza e di invalidità permanente residua che, anche quando non determina l'inabilità assoluta e

permanente all'esercizio professionale, procuri un persistente pregiudizio economico al professionista.

Per quanto sopra esposto un aumento del finanziamento complessivo del 4,85% non è accettabile dalla categoria quale finanziamento per avviare un cambiamento o introdurre nuovi obblighi.

Tale incremento, integrato dall'equivalente del "lodo Fini 2005", all'epoca concesso ai soli dipendenti, se totalmente ed esclusivamente utilizzato per adeguare la voce dell'onorario professionale, senza aggiunta di ulteriori obblighi o carichi professionali, potrebbe essere solo temporaneamente accettato come minimo ristoro all'aumento dei costi, in una prospettiva di garantito profondo cambiamento delle cure primarie come illustrato nelle pagine precedenti.

E' inaccettabile per la categoria, pertanto, che queste risorse siano divise in due tranches, la seconda delle quali destinata al finanziamento degli accordi regionali.

Ulteriori risorse devono essere messe in campo per finanziare, direttamente o indirettamente, i fattori di produzione (strutture, attrezzature, personale) alla luce di una ristrutturazione del compenso che distingua chiaramente l'onorario professionale dal ristoro delle spese.

Conclusioni

La prosecuzione delle trattative è quindi subordinata ad uno dei seguenti impegni:

1. Accordo quadriennale, primo biennio economico (4,85% + lodo Fini 2005), associato ad una revisione del carico fiscale finalizzato a rimuovere le iniquità cui oggi la categoria è sottoposta.
2. Accordo sul primo biennio riconoscendo quanto al punto 1 come aumento da erogare in tempi brevissimi con revisione riduttiva degli impegni dell'attuale ACN e prosecuzione immediata delle trattative per il completamento dell'ACN quadriennale, per avviare il cambiamento delle cure primarie, con successivi accordi e finanziamenti.
3. Aumento del finanziamento complessivo in modo tale da poter comprendere anche gli investimenti iniziali per il cambiamento delle cure primarie

E' pertanto fermamente respinta l'ipotesi di destinare parte del finanziamento per il rinnovo degli AACCNN a trattativa decentrata.

Quanto sopra è unitariamente espresso da tutte le OOSS rappresentative dei professionisti convenzionati con il SSN.

FIMMG

SNAMI

SMI

INTESA SINDACALE (Cisl Medici, FP Cgil Medici, Simet, Sumai)

FIMP

C.I.Pe.

SUMAI

FEDERAZIONE MEDICI A.UIL FPL.

CISL MEDICI *francescantonio*