

Pubblichiamo l'atto di indirizzo alla Sisac per il rinnovo delle convenzioni dei medici di base, approvato dal Consiglio dei ministri lo scorso 1° aprile.

Gli ultimi Acn relativi alla medicina generale, alla pediatria di libera scelta e alla specialistica ambulatoriale, siglati nel corso del 2005, sono scaduti alla fine del medesimo anno. La loro stipula a livello nazionale ha avviato il processo di negoziazione degli Accordi integrativi regionali, peraltro non conclusi in tutte le regioni e degli Accordi attuativi aziendali che è tuttora in corso e che per la maggior parte delle aziende è ancora a uno stadio del tutto iniziale, tale da non consentire un giudizio sulle ricadute economiche e di servizio.

D'altra parte la legge finanziaria per il 2005 (Legge 311/04, comma 178), uniformando la durata di tutti gli Acn nell'arco di un quadriennio per la parte normativa e di un biennio per la parte economica, fissa la scadenza del biennio economico per gli Acn del personale sanitario convenzionato alla fine del corrente anno.

A questi elementi si aggiunge l'esigenza avvertita da più parti di indurre una profonda modifica dei rapporti tra il personale sanitario convenzionato e il Servizio sanitario

nazionale, orientata alla completa integrazione dei professionisti nella rete dei servizi del sistema.

In questo quadro si ritiene di dover procedere verso un rinnovo degli accordi per il quadriennio 2006-2009, assegnando loro il compito principale di rafforzare i principi generali contenuti negli ultimi Acn e di muoversi in coerenza con l'evoluzione che sta caratterizzando tutta l'area della medicina generale e quella più ampia delle Cure primarie.

Indirizzi generali. Nel comune quadro di riferimento posto in capo degli ultimi Acn per il personale sanitario convenzionato, si condivide l'esigenza di «costruire una organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente e

ancor più, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunamente di accesso ai servizi attraverso la costruzione dei percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente ai cittadini l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e ospedalieri».

Tale esigenza descrive sostanzialmente l'obiettivo generale di cui gli Acn intendevano agevolare il perseguimento: una organizzazione della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale integrate sul territorio e con gli altri servizi dell'Azienda sanitaria, quale condizione strutturale per il miglioramento complessivo del Servizio sanitario nazionale e della sua capacità di soddisfare il bisogno di salute dei cittadini.

I principi generali racchiusi nell'obiettivo appena richiamato possono essere così esplicitati:

- organizzazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta che ha come obiettivo fondamentale il miglioramento dello stato di salute dei cittadini e del servizio offerto, attraverso la definizione di obiettivi di salute e la presa in carico dei pazienti;

- integrazione intesa nel senso più ampio del termine come integrazione organizzativa, professionale, finanziaria e di programmazione sia tra i professionisti operanti sul territorio, sia tra

questi e i servizi di secondo e terzo livello dell'Azienda sanitaria locale, sia infine tra i servizi sanitari e i servizi sociali;

- continuità assistenziale intesa anch'essa nel senso più ampio come modalità di garantire i servizi di assistenza sanitari e sociali, ad anziani, adulti e bambini, senza interruzioni ingiustificate del servizio, dall'ospedale al domicilio. Una presa in carico del paziente attiva, efficiente e affidabile, 24 ore al giorno, sette giorni la settimana;

- governo clinico e assistenziale a garanzia della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi. La responsabilità dei professionisti, sanitari e sociali, è cruciale nello sviluppo delle Cure primarie dove il rapporto con gli assistiti si gioca in modo determinante sul

piano organizzativo in forza della relazione fiduciaria col singolo professionista. La qualità dell'assistenza, in particolare in un servizio pubblico, è la risultante di diversi fattori: il presidio, la terapia o l'intervento più efficace e meno costoso somministrato al momento giusto al paziente giusto. Il perseguimento di questo obiettivo deve coinvolgere l'intero Servizio sanitario nazionale inclusi i professionisti operanti sul territorio;

- equità di accesso ai servizi. È l'essenza di un Servizio sanitario nazionale finanziato con risorse pubbliche. La garanzia della soddisfazione del diritto alla tutela della salute, così come individuato dai Livelli essenziali e uniformi di assistenza, in tutto il territorio nazionale, comincia a realizzarsi o a essere negata dalla qualità dei servizi di Cure primarie che il cittadino incontra;

- obbligo anche per tutto il personale sanitario convenzionato di svolgere la propria attività nel rispetto dei principi e dei criteri regionali che disciplinano l'organizzazione e il funzionamento dei servizi sanitari e sociali;

- individuazione di forme di collaborazione con la specialistica ambulatoriale, inclusa quella ospedaliera, con previsione di incompatibilità di collocazione dello studio professionale del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta in contesti di erogazione di prestazioni sanitarie in concorrenza con il Servizio sanitario nazionale, nonché di svolgimento, nel medesimo studio, di attività sanitaria libero-professionale da parte di terzi.

Disponibilità finanziarie per il biennio economico 2006-2007. Tenuo conto delle circostanze peculiari in cui dovranno essere negoziati gli Acn in questione, del compito principale loro affidato e nel rispetto della tradizione secondo cui il trattamento economico del personale dipendente dal Ssn e quello del personale convenzionato con il medesimo Ssn si muovono in sostanziale sintonia, le disponibilità finanziarie da utilizzare per le trattative sono le stesse che vengono individuate per il tavolo della dipendenza.

Si tratta, in termini espliciti, della possibilità di riconoscere incrementi di costo complessivo (inclusi tutti gli oneri previdenziali, assistenziali e l'Irap) a carico del Ssn corrispondenti al +0,39% per il 2006 rispetto al 2005 e al +2,46% per il 2007 rispetto al 2006. In totale le

disponibilità finanziarie possono giungere a coprire incrementi di costo fino a un massimo del 2,85% come specificato nella tabella seguente:

	2006	2007
Incr. %	0,39	2,46

Il costo complessivo a carico del Ssn relativo al 2005 per tutti i settori della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale e altre professionalità in base alle più recenti stime risulta pari a 6,2 miliardi di euro, su tale base si applicano gli incrementi indicati nella tabella.

L'incremento pari al 2,85%, va riconosciuto a fronte di precisi impegni della controparte a perseguire gli obiettivi specifici indicati in particolare al successivo punto 3 e alla sottoscrizione del conseguente accordo nazionale.

Un ulteriore 2%, è a disposizione delle regioni per gli accordi integrativi regionali che dovranno dare applicazione dettagliata agli obiettivi specifici indicati nel presente atto di indirizzo.

3. Obiettivi specifici. Nel quadro caratterizzante gli Acn in questione risultano coerentemente e immediatamente perseguibili i seguenti obiettivi:

a) sviluppo delle forme associative complesse, basate sul rapporto fiduciario con il paziente, quale pre-requisito essenziale per garantire un miglior servizio ai cittadini. Nei diversi contesti regionali potranno essere previste eccezioni anche in riferimento a particolari situazioni geografiche e/o territoriali;

b) i compensi corrisposti ai medici di Assistenza primaria per la incentivazione dell'attività in forme associative, incluse tutte le altre forme di incentivazione (collaboratore di studio, infermiere professionale, collaborazione informatica) erogate agli stessi medici, sono utilizzate per contribuire alle spese di funzionamento dello studio, in particolare a favore delle forme associative complesse, al fine di realizzare possibili economie di scala. Tale sviluppo deve essere esplicitamente finalizzato all'inclusione organizzativa dei medici di medicina generale, e dei medici di continuità assistenziale, nei modi e nelle forme previsti da ciascuna regione secondo le diverse organizzazioni delle Cure primarie (Utup, Case della salute, Nuclei di cure primarie, ecc.);

c) i programmi di potenziamento

anche attraverso la riconversione delle risorse di cui al punto precedente, devono favorire la possibilità di ampliare l'attività diagnostica di I livello sul territorio;

d) previsione di programmi di attività finalizzati al miglioramento dell'accesso agli ambulatori di medicina generale e pediatria di libera scelta, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana;

e) I punti a e b si applicano anche ai pediatri di libera scelta nei cui confronti le risorse disponibili devono mirare a garantire in particolare sia le visite ambulatoriali che quelle domiciliari;

f) potenziamento dei programmi di continuità assistenziale anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;

g) obbligo di adesione ai programmi informatici regionali volti a migliorare il governo del Ssn, le sue ricadute assistenziali, in particolare la continuità assistenziale, lo scambio telematico utile ai processi di cura e lo sviluppo dell'Nsis;

h) definizione di procedure certe per l'invio obbligatorio da parte del medico all'azienda sanitaria dei dati epidemiologici relativi agli assistiti, nel rispetto delle modalità definite da uno specifico tavolo tecnico nazionale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare;

i) previsione di forme di continuità assistenziale che garantiscano l'accesso del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta negli ospedali con speciale riferimento ai pazienti cronici;

j) sviluppo dell'integrazione dei medici di continuità assistenziale con i servizi di emergenza territoriale e con le forme associative complesse di medicina e pediatria di libera scelta;

k) potenziamento dell'attività di formazione continua dei medici dell'emergenza territoriale;

l) coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali al lavoro di gruppo con particolare riguardo alla assistenza domiciliare;

4. Aspetti procedurali. Ridefinire le regole di rappresentatività sindacale e i compiti degli organismi previsti dai vigenti Acn a livello regionale e aziendale.

L'attuazione del presente atto di indirizzo prevede l'aggiornamento dei testi degli attuali accordi collettivi nazionali nel rispetto della normativa vigente. ●