

La lunga attesa è finita: habemus Acn 2019-2021

La nuova Convenzione per i medici di assistenza primaria non contempla le novità del Pnrr, ma mette un punto fermo su alcune questioni dirimenti: aumento quota capitaria e variabile, ruolo unico, centralità delle AFT e UCCP nella presa in carico dei pazienti, maggiori tutele in relazione alla genitorialità e alla femminilizzazione della professione

Anna Sgritto

I sindacati dei medici di medicina generale e di assistenza primaria, anche i più critici come **Snami**, hanno firmato l'accordo per il rinnovo della Convenzione relativa agli anni 2019-2021. Resta al momento solo la ferma opposizione della **FpCgil Medici** che vede nella dipendenza dei medici di assistenza primaria l'unica via per efficientare la presa in carico dei cittadini sul territorio.

La nuova Convenzione, per essere ratificata, ha però bisogno di ulteriori passaggi:

- Approvazione da parte del Comitato di Settore e Governo
- Approvazione da parte della Corte dei Conti e Ministeri competenti
- Approvazione Conferenza Stato e Regioni (Atto di Intesa).
- Successivamente a tali approvazioni, l'ACN sarà pubblicato in *Gazzetta Ufficiale (G.U.)*.
- Dopo 60 giorni dalla pubblicazione dovrebbero essere corrisposti gli arretrati, mentre gli aumenti entreranno in vigore dalla pubblicazione dell'ACN in *G.U.*

L'accordo non contempla le novità del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr)**, perché attinge a fondi relativi a periodi antecedenti, ma come ha tenuto a sottolineare l'assessore al Bilancio della Lombar-

dia **Marco Alparone**, presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità, pone le basi per il prossimo atto di indirizzo che darà la possibilità di integrare la Medicina Generale con quanto previsto dal **Pnrr (Mission 6)**. L'ACN infatti mette un punto fermo su alcune questioni dirimenti: aumento quota capitaria e variabile, ruolo unico, centralità delle **AFT** e **UCCP** nella presa in carico dei pa-

zienti, maggiori tutele in relazione alla genitorialità e alla femminilizzazione della professione.

La principale novità di questo accordo è l'applicazione pratica del Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria (articolo 31), già introdotto con la precedente Convenzione (2016-2018), in cui rientrano i Mmg, i medici di CA della medicina dei servizi dell'emergenza sanitaria

ART. 31 - RUOLO UNICO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

1. Dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo i nuovi incarichi del ruolo unico di assistenza primaria sono conferiti in una sola Azienda a seguito delle procedure di cui all'articolo 34 e comportano un impegno a tempo pieno, con progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria. L'incarico del ruolo unico di assistenza primaria riguarda anche i medici incaricati APP di cui all'Allegato 5.
2. Il ruolo unico di assistenza primaria dei medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria fino al termine di cui al comma 1, istituito dal D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, è disciplinato dall'articolo 31 dell'ACN 28 aprile 2022. Il presente Accordo ne dà effettiva attuazione, con previsione di svolgimento a tempo pieno dell'attività convenzionale, a ciclo di scelta e/o su base oraria, nell'ambito delle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).
3. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria già operanti a tempo indeterminato di cui al comma precedente l'Azienda propone il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale di cui all'articolo 38 del presente Accordo, al fine della riconduzione ad una unica AFT dei rapporti convenzionali finora possibili fra diverse Aziende, anche di altre Regioni. Il completamento è offerto ai medici con maggiore anzianità di incarico operanti in AFT e successivamente in Azienda. In caso di pari anzianità si fa riferimento ai criteri di cui all'articolo 34, comma 11. L'accettazione del completamento comporta il conferimento dell'incarico del ruolo unico di assistenza primaria di cui al presente Accordo.

territoriale e penitenziaria. Il nuovo ACN ne definisce gli aspetti pratici, le compatibilità e la declinazione normativa tra l'assistenza a ciclo di scelta e quella ad attività oraria.

Per tutti i medici è previsto un certo numero di ore di lavoro da svolgere presso una struttura pubblica (debito orario) come il Distretto Sanitario, Casa od Ospedale di Comunità, sede di Continuità Assistenziale. Il debito orario per i medici con doppio incarico si modifica in funzione del numero di assistiti in carico come riporta l'**articolo 38**, a partire dal tetto di 38 ore per il medico con 400 assistiti fino alle 6 ore per il Mmg con 1.200-1.500 scelte. Al **comma 7** l'articolo specifica l'impegno settimanale del medico già titolare di doppio incarico.

I medici già in servizio potranno quindi optare o meno per l'effettivo passaggio al ruolo unico con prelazione rispetto alla pubblicazione degli incarichi.

Le risorse economiche. Le risorse economiche del triennio 2019-2021, messe a disposizione dalle leggi di bilancio, garantiscono un incremento pari al 3,78% tra quota capitaria e variabile. I medici dovrebbero recuperare 5 anni di arretrati: più di 700 milioni, ovvero circa 15 mila euro per un medico massimalista.

Maggiori tutele per le donne medico e non solo. Secondo quanto sottolineato dai comunicati sindacali, presso la **Sisac** sarà istituito un Tavolo permanente sui tempi di conciliazione di vita/lavoro e delle pari opportunità. La malattia e gli infortuni non saranno più considerati come sospensione dal servizio ai fini della valutazione dei punteggi delle graduatorie; questo per non penalizzare quei professionisti che non riescono, per malattie o infortunio a svolgere la propria attività. Inoltre, ci

ART. 38 - MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI

1. L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria di cui all'articolo 31 è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti. La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato:
 - a) dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore;
 - b) da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;
 - c) da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;
 - d) da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.

7. L'impegno settimanale del medico del ruolo unico di assistenza primaria già titolare di doppio incarico ad attività oraria ed a ciclo di scelta all'entrata in vigore del presente Accordo comporta l'applicazione dei seguenti limiti:

- a) 24 ore, fino a 650 assistiti;
- b) 12 ore, da 651 fino a 1.120 assistiti.

Al raggiungimento dei limiti degli assistiti l'Azienda provvede entro sei mesi, previa comunicazione al medico interessato, alla riduzione o cessazione del numero di ore in applicazione di quanto previsto dal presente comma.

Tali limiti possono essere sospesi dalle Regioni, in attuazione dell'articolo 3, comma 5-ter, del D.L. 10 maggio 2023, n. 51, convertito con modificazioni dalla L. 3 luglio 2023, n. 87, che determina l'unico limite di 24 ore settimanali e 1.000 assistiti.

I medici di cui al presente comma possono richiedere all'Azienda, secondo quanto previsto all'articolo 32, comma 8, il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi del presente Accordo, con adeguamento dell'impegno settimanale come previsto al comma 1 del presente articolo.

sarà il riconoscimento della modalità di visita in telemedicina per le aree disagiate e per le donne medico in gravidanza, con figli fino a tre anni di età, che potranno così lavorare in *smart working*.

► I vulnus: la voce dei social

Al di là dei distinguo sindacali, i rappresentanti di categoria mostrano una generale soddisfazione per la chiusura di un accordo ponte che di fatto apre alle trattative per la contrattazione del triennio 2022/2024 che dovrà fare i conti con il Pnrr e la riforma della medicina territoriale.

Nel frattempo dalla cosiddetta "base", attraverso i social arrivano alcune critiche: l'ACN 2019-21 non affronterebbe i problemi legati alla pratica quotidiana della professione e cari ai Mmg:

- l'autocertificazione della malattia;
- l'abbattimento dei costi di studio;
- l'adeguamento dei compensi ad un livello dignitoso che permetta di combattere l'inflazione odierna;
- una reale soluzione per le prescrizioni indotte e la montagna di burocrazia che abbatte l'attività clinica.
- nessuna attenzione allo snellimento burocratico/informatizzazione delle graduatorie.
- nessun incentivo necessario per attrarre i giovani, tranne un espediente che riguarda i Mmg vicini al pensionamento (**allegato 5 ACN**).



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf dell'ACN 2019/21

ALLEGATO 5 - DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA

ART. 1 - PRINCIPI GENERALI

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale, il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, presso la Fondazione ENPAM e con un minimo di 1.300 assistiti, può richiedere all'ENPAM l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (modulo A)*, di seguito denominata APP, alle condizioni e con le modalità previste del presente Allegato.
2. L'attivazione del predetto istituto è subordinata alla riduzione dell'attività convenzionale da parte del medico di cui al comma 1, da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%, a fronte della contestuale attribuzione, con rapporto convenzionale a tempo indeterminato, della corrispondente quota di attività ad un medico da incaricare (di seguito "medico incaricato APP") inserito nella graduatoria di cui all'articolo 19, comma 1 del presente ACN.
3. Prima dell'avvio della APP e del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato, è previsto un periodo di affiancamento obbligatorio, disciplinato dal successivo art. 6.
4. L'incarico a tempo indeterminato ha la medesima decorrenza della APP.

CONTRAPPUNTO

Sarà l'ultima Convenzione ponte per i Mmg?

Alessandro Chiari - *Segretario regionale Fismu Emilia Romagna*

Remagen, marzo 1945: i tedeschi, per fermare gli alleati, hanno già fatto saltare i ponti sul Reno, ma l'ultimo rimasto non esplose, malgrado fosse stato minato, lasciando gli alleati a dilagare nelle terre del Reich. Sembra la storia dei nostri rinnovi convenzionali che arrivano sempre ad un ultimo ponte. Il guaio è che questo ponte, nella contrattazione Mmg rimane sempre in piedi in virtù di una mitica parte normativa che non si vede mai arrivare. "Continuiamo a farci del male", come diceva il regista girotondino. È vero che recuperiamo 5 anni di arretrati, ma è anche vero che l'ultimo contratto reale è ancora fermo al 2005, ormai vent'anni orsono. Se consideriamo che il territorio è stato investito dalla pandemia e che ha resistito a questo flagello, crediamo che certe idee vadano riconsiderate, anche quelle che abbiamo sostenuto noi stessi. Crediamo, per esempio, che il rapporto ospedale territorio vada rivisto e mentre prima pensavamo che dovesse essere tutto collegato, ora dopo il Covid, prende sempre più consistenza l'idea che se vo-

gliamo avere un territorio forte sia necessario dapprima avere un ospedale forte da cui la libera professione intramuraria sia eliminata nell'ottica di non creare più quelle doppie piste che diventano una contraddizione per il cittadino ed un disservizio per il territorio.

► Territorio forte se...

Ospedale al centro e territorio forte: questa deve essere l'equazione, questo dovrebbe essere il nostro algoritmo. Basta territori ospedalizzati od ospedali territorializzati; questo modo di vedere le cose non ha dato i frutti sperati, così come le Case della Salute e le loro evoluzioni più semantiche che reali! Quello che potrebbe capitare e che è già capitato tante volte, è il dare risposte errate a richieste sbagliate. Il guaio maggiore, quando si ascoltano le più improbabili teorie sulla Medicina Generale, è che, oramai, per molti costi fatica usare il cervello. La ragione e la verità sono diventate estremamente soggettive e questo fenomeno impatta sui dibattiti che finiscono senza reali vincitori.

In questo contesto non va dimenticato che lo stesso accesso alla professione si fonda su di un errore strutturale: la formazione in MG è stata istituita più per favorire e remunerare i formatori piuttosto che per formare coloro che dovrebbero essere formati a svolgere la professione.

► Una questione culturale

A ciò bisogna aggiungere il fatto che i medici, generalmente, hanno perso parte di quella cultura che ne caratterizzava la posizione professionale. Inoltre socialmente si sta procedendo inesorabilmente verso una banalizzazione della figura del medico che non è più un punto di riferimento, ma una risorsa da sfruttare. Purtroppo le nuove generazioni sono culturalmente poco strutturate: chi sceglieva di esercitare tale professione aveva in prevalenza un curriculum di studio umanistico, maturità classica o anche scientifica. Un sapere che gli offriva un substrato culturale tale da rappresentare un vantaggio nel rapporto medico paziente. Anche nella medicina territoriale è doveroso combattere le ideologie del buio sia dell'anima sia della mente che circolano ormai sul territorio. Abbiamo perso il *logos* sostituito dalla statistica.