

I sindacati rispondono alla proposta della Sisac

Nel primo incontro per il rinnovo della convenzione fissato dopo la pausa estiva, i sindacati delle cure primarie hanno presentato alla Sisac un documento comune di sei pagine piene di proposte.

Innanzitutto proposte di merito, ma anche economiche, perché il rilancio della medicina generale non può non passare anche attraverso un aumento complessivo del finanziamento.

Monica Di Sisto

La trattativa per il rinnovo della convenzione nazionale per Mmg, pediatri e di libera scelta e specialistica ambulatoriale si lascia alle spalle l'estate con un bel corpo a corpo tra Parte Pubblica e sindacati (*M.D.* 2008; 24: 4-7). Compatti nell'analisi e nelle richieste, Fimmg, Snami, Smi, Intesa Sindacale (Cisl Medici, FP Cgil Medici, Simet, Sumai), Fimp, C.I.Pe e Sumai all'appuntamento del dopo estate con la Sisac si sono presentati con un documento congiunto. "Non si tratta di una piattaforma per il rinnovo dell'ACN - ha precisato la Fimmg - ma di un documento a valenza strategica, che ha raccolto il consenso, per la prima volta, della totalità delle organizzazioni sindacali mediche".

L'argomento che appare più impedito al confronto tra sindacati e Parte Pubblica dal punto di vista del finanziamento è l'ipotesi della Sisac di destinare parte del finanziamento per il rinnovo degli accordi convenzionali alla trattativa decentrata. Pesano, di certo, nella fiducia dei Mmg, i conti delle Regioni, e in particolare di quelle più in rosso, pesa anche la revisione del Patto di stabilità tra Stato e Regioni stesse che dovrebbe essere alle porte. Ma incide soprattutto il fatto che, a vecchia convenzione praticamente superata, ci siano ancora territori in difficoltà sul tavolo integrativo, e ce ne siano tanti altri che hanno chiesto e ottenuto nuove prestazioni da parte dei Mmg per poi cambiare in corsa ac-

cordi e (soprattutto) onorari.

L'Accordo regionale integrativo (Air), insomma, sarà lo spazio nell'ambito del quale dovranno essere concordati i modelli organizzativi e la loro operatività, con adesione dei medici secondo gradualità e flessibilità specificate, ma con garanzia assoluta della copertura di tutte le spese e la retribuzione degli eventuali carichi di lavoro in più. Null'altro, però. Mentre la proposta avanzata dalla Sisac prevede un'articolazione tra nazionale e regionale addirittura degli aumenti programmati. Del 4.85% di aumento preventivato rispetto al reddito 2005, la Sisac chiede infatti che il 2.85% sia attribuibile attraverso l'ACN e il 2% attraverso gli Air. Questo 4.85%, sempre secondo la Sisac, dovrebbe includere anche gli oneri a carico del Ssn come previdenza, fondo malattie, Irap. E la coperta così si presenta sempre più stretta.

La ristrutturazione del compenso

Come anticipato da *M.D.* (2008; 23: 4-5) a margine della Conferenza di Fiuggi sulle cure primarie, la domanda forte che emerge anche dal documento intersindacale è quella di ristrutturare il compenso dei Mmg.

"Devono essere nettamente distinte le risorse destinate alla remunerazione dell'attività professionale (prevalentemente definite e quantificate a livello nazionale) - spiegano i sindacati nel documento -

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 - aggiungono i sindacati - deve anche rispondere alla necessità di eliminare la concorrenza diretta fra singoli medici centrata sulla esclusiva acquisizione della quota capitaria che non esprime miglioramento della qualità erogata". Questo, sottolineano, senza compromettere la libertà di scelta del cittadino, il rapporto di fiducia medico paziente, favorendo la collaborazione tra i professionisti e prevedendo meccanismi premianti in funzione del miglioramento dell'assistenza.

Quattro conti facili facili

Antonio Fania, Tesoriere nazionale Snami, ha fatto quattro semplici conti mettendo a confronto l'investimento che il Ssn ha scelto di fare con il rinnovo del contratto per i dirigenti, e quello che mette sul piatto per i Mmg. "L'aumento medio in busta paga per i dirigenti - spiega Fania in una nota interna - sarà del 5.6% e non del 4.85% infatti si va dal 4.8 al 8.5%. L'Aran ha messo sul piatto per il biennio economico 2006/2007 la cifra totale di 646 milioni di euro per

137.000 addetti (medici e veterinari del Ssn).

“Alla luce di questi dati - continua Fania - noi medici del territorio convenzionati (86.000 circa) dobbiamo pretendere che la Sisac ci metta a disposizione la cifra di 400 milioni di euro (per essere precisi 406) per pareggiare il monte aumenti dei dirigenti”.

Come si arriva a ciò? Basta sommare la proposta dell'aumento previsto del 4.85% (da documento Sisac), con il cosiddetto “Lodo Fini” (0.7% al 2005), cui aggiungere ancora il recupero dell'inflazione programmata riguardante il vecchio contratto nei confronti dei medici dirigenti (0.93%, ma aggiornato all'aumento del biennio e quindi approssimato per eccesso). Totale: $4.85\% + 1.70\% = 6.55\%$. Nella peggiore delle ipotesi, solo il Lodo Fini aggiornato (0.75%) sommato al solito 4.85% (proposto dalla Sisac) fa 5.6%.

Per arrivare a un'idea di cifre di stanziamenti possibili, Fania ci accompagna in un ragionamento ancora più semplice: una proporzione. Se la Sisac volesse spuntare per i suoi convenzionati lo stesso trattamento riservato ai dirigenti, le basterebbe impostare questa espressione: 137.000 (dirigenti Ssn) stanno a 646 milioni come 86.000 (medici convenzionati territoriali) stanno a x. X è la cifra da stanziare per fare parti davvero uguali tra i diversi attori del Ssn. Il calcolo è semplice anche per chi scrive: 646 milioni di euro moltiplicati per 86.000 e poi divisi per 137.000: il risultato vale 406 milioni di euro da mettere sul tavolo per il 2006-2007 da parte della Sisac per ottenere dal Governo per Mmg e affini lo stesso riconoscimento assicurato ai dirigenti.

■ Prima di tutto, fuori gli arretrati

“Se le Regioni in un tempo ragionevole - ha spiegato **Giacomo Miliello**, segretario della Fimmg - che io valuto in circa 20 giorni, non ci forniranno risposte adeguate,

vorrà dire che non hanno in sufficiente considerazione il problema e quindi noi procederemo allo stato di agitazione e alla calendarizzazione di ulteriori azioni sindacali”. Si perché, come ha sottolineato **Mauro Martini**, presidente dello Snam, “è indispensabile una risposta concreta e accettabile almeno su una delle richieste economiche e finanziarie da noi avanzate”.

Il *calumet* della pace potrebbe essere rappresentato da una chiusura rapida della partita degli arretrati: “questo settore, in questi anni, ha subito tremendamente l'inflazione e la pressione fiscale - aggiungono **Maria Paola Volponi** e **Giuseppe Tortora** dello Smi. Abbiamo contribuito al risanamento delle finanze pubbliche e siamo stati pazienti con i nostri interlocutori e sempre disponibili con i cittadini, fornendo, puntualmente, professionalità, strutture e servizi. Il ri-

tardo è scandaloso, non possiamo ammettere ulteriori deroghe e neppure accettare spalmature o razionamenti degli arretrati tra parte nazionale e regionale”. La richiesta è che si paghi il 4.85% di aumento subito, condito da quanto corrisposto al resto del pubblico impiego nel precedente contratto. E che l'ACN dia garanzie nazionali su ristrutturazione del compenso, revisione del carico fiscale e ristoro delle spese di studio. Rinviare questo processo di rafforzamento della MG significa, sempre secondo l'intersindacale, “continuare a 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”. Ma soprattutto significa sciopero e agitazioni nelle categorie.

Il cambiamento auspicato per la medicina generale

È vero: non è più rimandabile l'avvio - con investimenti a breve e medio termine adeguati - di un profondo cambiamento della medicina generale "perché trovi un nuovo assetto capace di garantire una efficace ed efficiente presa in carico del cittadino in un atteggiamento di iniziativa". Ma ciò deve passare necessariamente attraverso una proposta di ACN diversa da quella presentata dalla Sisac nel luglio scorso. L'intersindacale, nel documento presentato alla Parte pubblica nell'incontro del 10 settembre, ha messo i piedi nel piatto rispetto a numerose questioni aperte. E avverte innanzitutto che i nuovi accordi 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.

■ Chiarezza sui compiti

In primo luogo, secondo i sindacati, bisognerà individuare con chiarezza i compiti e quindi le competenze dei professionisti convenzionati, che non possono essere possedute tutte da un singolo, "ma si possono e devono esprimere compiutamente nel processo organizzativo di un gruppo di professionisti che più direttamente collaborano fra loro".

Per arrivare a questo risultato, tuttavia, bisogna sgombrare il campo dalle ambiguità che portano a sovrapporre aggregazioni funzionali e modelli erogativi. Le prime, infatti, 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". Queste reti, ampie, consentirebbero di coordinare meglio funzioni oggi

svolte dai medici delle cure primarie in modo disgregato e connetterle meglio alle attività di continuità assistenziale, di svolgere verifiche sui servizi (audit), attraverso indicatori di processo e di risultato.

■ I modelli erogativi

Poi c'è il capitolo modelli erogativi, e cioè tutte le sigle quali Utap, Progetto Me.Di.Co, Gcp, Ucp, medicina di gruppo, che possono essere sostenuti da singole aggregazioni funzionali o da parti di essa, e che "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 dei territori. Le aggregazioni funzionali possono, invece, essere considerate un pre-requisito, uno standard, all'interno del quale viene individuata, come livello funzionale minimo, l'informatizzazione in rete orizzontale. Quanto alle economie di scala nell'ambito di queste reti, precisano dall'intersindacale (leggi sedi comuni), la Sisac può solo auspicarle, perché richiederebbero un livello d'organizzazione ancora lontano a molti territori. Quello che resta fermo è che tutte queste forme debbono mirare a qualificare gli onorari dei medici, soprattutto per tutelarne gli investimenti fatti finora per connettersi.

La disponibilità a mettersi in collegamento informatico col sistema, come per la Sisac, anche secondo i sindacati deve essere considerata uno standard e dunque un pre-requisito alla convenzione. 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", come scrive la Sisac nel suo documento, è anche vero che alcune impegnative funzioni informatiche sono previste dalle leggi nazionali in modo uniforme, in tutte le Regioni e indipendentemente dal loro assetto organizzativo (ricetta on line, certificati vari on line). I Mmg si propongono come "strumento di analisi delle attività e dei risultati delle cure primarie, di clinical governance e soprattutto di integrazione fra i servizi per l'erogazione di prestazioni ovunque si trovi il singolo cittadino, dentro e fuori la Regione di residenza". Per questo, però, lo sviluppo dell'ICT in sanità dovrebbe essere subordinato a 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. E che l'impegno informativo a carico del medico convenzionato a favore del Ssn, però, venga definito per contenuti, condizioni e modalità di trasmissione da un apposito tavolo tecnico nazionale.

Ultimo punto non rinunciabile, secondo i Mmg, è l'accesso unico alla convenzione, che consenta successivamente lo svolgimento di funzioni e attività diverse - anche per la pediatria di libera scelta - articolate secondo una evoluzione dell'assetto professionale 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.