

Il preaccordo per la MG dal retrogusto amaro

Il primo pre-accordo per il 2006-2007, che dovrebbe chiudere la spinosa partita economica pregressa per i medici di medicina generale è arrivato in porto il 22 dicembre scorso, pur dopo tanti stop intermedi. Il documento, sottoscritto dalla parte pubblica, non ha avuto l'approvazione di tutte le sigle sindacali che hanno partecipato alla sua determinazione con grande lavoro e solerzia fino all'ultimo minuto.

Monica Di Sisto

Fimmg, Intesa Medici, Sumai, Federazione Medici Uil Fpl, e la Fimp per i pediatri hanno accettato il preaccordo per la medicina generale (MG) mentre Smi e Snam si sono alzati abbandonando il tavolo e respingendo la proposta al mittente. Snam ha rinviato ogni decisione definitiva al congresso straordinario che il 10 gennaio scorso, a maggioranza, ha approvato di apporre sul documento una "firma tecnica", per consentire ai delegati di partecipare ai tavoli regionali e aziendali. Smi ha affidato a un videomessaggio del segretario **Salvo Calì** le motivazioni del proprio rifiuto (al momento) definitivo dell'intesa, condiviso con FP Cgil. Il segretario Fimmg, **Giacomo Milillo**, ha inviato una lettera a tutti i propri iscritti per spiegare la sua versione sullo stop - almeno temporaneo - di quell'inedita concordia sindacale che ha portato tutte le sigle abbastanza compatte insieme fin quasi alla meta. Il principale distinguo tra le rappresentanze dei Mmg è sugli impegni normativi: la Sisac, infatti, ha tenuto duro sul vincolo dell'aumento del 4.85% - che i sindacati volevano inizialmente a totale recupero della perdita di potere d'acquisto subita dai Mmg per il mancato rinnovo dal biennio 2006-2007 - relativo ad alcuni impegni considerati imprescindibili. L'obbligatorietà delle forme associative e del flusso informativo anche su attività ambulatoriali e visite domiciliari, cui si è aggiunto l'obbligo dell'utilizzo della tessera sani-

taria e della ricetta elettronica, sono i primi tratti distintivi della medicina generale che verrà. Senza dimenticare, inoltre, che i fondi di competenza del 2008 saranno erogati solo a partire da ora, insieme a quelli di competenza del 2009. Naturalmente non prima però - come ricorda Calì - che venga data dignità formale all'Atto d'indirizzo integrativo, licenziato il 18 dicembre scorso dalle Regioni, da cui il preaccordo deriva la propria forza normativa. Esso infatti al momento non è stato ancora approvato dal Consiglio dei Ministri e come ogni direttiva, in assenza dell'indicazione specifica del via libera da parte del Governo, è formalmente privo di efficacia.

Le motivazioni della Fimmg

"L'accordo firmato rappresenta l'inizio del cambiamento della medicina generale per cui abbiamo lavorato negli ultimi due anni". È quanto ha precisato Milillo nel comunicato stampa che informava dell'avvenuta intesa. Il fatto che in calce al comunicato stampa diffuso l'agenzia di comunicazione, cui Fimmg affida la propria immagine, tenga a ribadire che questa sigla sindacale rappresenta "il 64.4% dei 42.337 Mmg iscritti a un sindacato, pari a 27.361 medici, compresi i medici dei settori continuità assistenziale, medicina dei servizi ed emergenza sanitaria territoriale" la dice lunga su quanto debba aver pesato in Fimmg il fatto di essere arrivati in ordine sparso alla meta, nonostante quella

"compattezza", evidenziata nella lettera del segretario Fimmg ai propri iscritti, "che le organizzazioni sindacali, nessuna esclusa, hanno saputo assumere nei momenti più critici e che ha consentito di resistere ad atteggiamenti impositivi e intransigenti della parte pubblica".

Questo preaccordo non rappresenta - secondo Milillo - un traguardo, ma un risultato intermedio "che garantisce un non ritorno rispetto al nostro progetto politico di cambiamento". Che cosa, dunque, rivendica il sindacato come successo proprio e della professione?

Sul piano economico la Fimmg rivendica innanzitutto l'aver ottenuto che tutto l'aumento del 4.85% fosse utilizzato per incrementare nell'accordo nazionale l'onorario professionale e l'indennità per gli ultrasettantacinquenni, senza previsione di code in accordi regionali.

Secondo i conti del sindacato, gli arretrati che il medico di medicina generale incasserà per gli anni 2006-2007-2008 ammonteranno a circa 7.500 euro per un massimalista e a 5.000 euro per un Mmg con 1.000 assistiti. Dal primo gennaio 2009 l'incremento ammonterà a circa 250 euro al mese per un massimalista di assistenza primaria e a circa 1,19 euro/ora per la continuità assistenziale e l'emergenza territoriale.

Il contributo previdenziale ENPAM, sempre compreso nel 4.85%, salirà di un punto percentuale e mezzo, di cui lo 0.5% sulla quota a carico del medico.

Sul piano normativo Milillo saluta

con favore il fatto che i nuovi compiti siano "limitati al flusso informativo e ai progetti tessera sanitaria e ricetta elettronica. Il primo, ridotto al minimo, richiede un impegno mensile molto ridotto e quasi totalmente assolto in automatico dalle nostre schede sanitarie informatizzate - assicura il segretario Fimmg - nel rispetto della privacy e con oneri tecnici ed economici a carico delle Aziende. I secondi, non ancora realizzabili nella maggior parte delle Regioni, sono comunque subordinati ad accordi regionali e con oneri tecnici, economici e formativi a carico delle Regioni stesse".

Sempre sul piano normativo, secondo il segretario della Fimmg, le nuove aggregazioni funzionali territoriali ricalcano il modello delle Unità di Medicina Generale (UMG) proposte dal sindacato nell'articolato documento sulla rifondazione della medicina generale, prevedendo la figura del coordinatore, anche se denominato "delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale".

L'articolo 3, dedicato ai requisiti e funzioni minime dell'Unità complessa di cure primarie (termine generico per definire UTAP, équipes territoriali, gruppi di cure primarie, nuclei di cure primarie, ecc.) creerebbe, secondo Milillo, le condizioni per una riorganizzazione della medicina generale governata da accordi regionali "con il massimo livello di garanzia per i medici coinvolti. Sulla base dei modelli regionali prescelti, ogni Unità dovrà essere creata con uno specifico accordo regionale che, partendo dalla condizione di ciascun aderente, tutelando il reddito e i diritti previdenziali di ciascuno, dovrà definire e finanziare la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessaria, intercettando i finanziamenti che saranno previsti dall'intesa Stato-Regioni e dai fondi del Piano Sanitario Nazionale. Nell'ambito della determinazione di questi finanziamenti potranno essere considerati anche gli incentivi e le indennità fino a quel momento garan-

tati ai singoli medici che entrano a far parte dell'Unità, per essere restituiti - spiega ancora Milillo - in forma e quantità diversa o attraverso la fornitura diretta di strutture e/o strumenti e/o personale da parte dell'azienda sanitaria. Se non ci saranno finanziamenti regionali non si creeranno Unità di cure primarie e tutto resterà come ora".

Sempre sul piano normativo è stata introdotta una correzione dell'art. 33 sul rapporto ottimale in modo da legittimare tutti gli accordi regionali che hanno previsto o prevederanno l'aumento del rapporto ottimale. Infine l'art. 4 fissa già alcuni argomenti che le Parti sono impegnate a trattare nel prossimo biennio, fra cui la ristrutturazione del compenso. "Non c'è nessuna ipoteca sulla destinazione a livello regionale delle risorse per il prossimo biennio - chiarisce Milillo - ma un impegno a riformare i meccanismi di contrattazione regionale per dare più garanzie ai medici e uniformità nazionale di risultato".

■ C'è chi dice no

È sicuramente l'aumento del carico burocratico in cima alle problematiche individuate da chi quella preintesa non l'ha proprio voluta portare a casa. E che questo sia un argomento sensibile lo testimonia anche il dibattito tra i medici sulle liste di discussione nazionali e locali aperte su internet subito dopo la firma del preaccordo.

Non secondo tutti sarà indolore trasmettere alla propria Asl di riferimento richieste di ricovero, accessi allo studio medico, visite domiciliari, Ppip, Adp/Adi con cadenza mensile. Così come risulterà difficile, non appena sarà arrivato a regime il progetto di tessera sanitaria e ricetta elettronica, aderire al percorso. Per non dimenticare che, in caso di inadempienza, si potrà essere soggetti alla riduzione dell'1.15% su base annua del trattamento economico complessivo. "Gli ulteriori impegni - ricordano dalla FP-Cgil - sono costi per i medici e fanno magicamente evaporare il supposto incremento

del 4.85%: insomma, si rinnoverebbe una convenzione 'a perdere' per la categoria. 'A perdere' non solo dal punto di vista economico: i medici dovranno svolgere nuovi compiti e funzioni obbligatoriamente, secondo quanto e come le Regioni disporranno. E senza accordi regionali!" concludono dalla Cgil.

Più volte anche lo Smi ricorda di aver denunciato che le risorse predisposte dalla parte pubblica erano scarse e che l'unica soluzione era un accordo ponte sugli arretrati che potesse dare risposte adeguate alla sofferenza economica della categoria. "Abbiamo dato la nostra disponibilità a dialogare sull'innovazione e quindi sulla ricetta elettronica e sui flussi telematici informativi - hanno spiegato **Maria Paola Volponi**, responsabile di area e **Giuseppe Tortora**, vice segretario nazionale Smi - ma sempre abbiamo ribadito la necessità che si stanziassero fondi adeguati, affinché si mettessero i medici nella condizione di poter contribuire fattivamente a questo processo di modernizzazione della nostra sanità. Invece, i soldi sono pochi e gli obblighi sono vincolanti, tutto è scaricato sulla categoria: o il medico fa i salti mortali oppure tutto il sistema salta. Il risultato è un aumento di carico di lavoro burocratico, oltretutto a spese nostre". "Mi meraviglio - ha aggiunto **Mauro Martini** - che cambiamenti così dirompenti a fronte di ristori economici così esigui siano allegramente accettati dai responsabili nazionali degli altri sindacati!".

Restano tuttavia da valutare attentamente - per chi deciderà di non tornare indietro - i pro e i contro di questa decisione di non sottoscrizione del preaccordo, come l'assenza dalla trattativa dei propri rappresentanti dai tavoli decentrati. E su tutti grava ancora l'incognita dell'approvazione da parte del Governo del nuovo Atto d'indirizzo, senza il quale anche questo passo in avanti non consentirebbe di avvicinarsi di un metro alla nuova convenzione. Che sia l'occasione per correggere qualche passo troppo claudicante?

Le principali novità

Art. 1 - Compiti e funzioni del medico di medicina generale.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico, nell'ambito dei compiti previsti dagli art. 45, 67, 78 e 95 dell'ACN 23 marzo 2005, espleta le seguenti funzioni:

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
- persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

2. Le funzioni e i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del medico.

3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale di cui all'art. 2 e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dall'art. 3, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

4. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'azienda sanitaria come previsto dall'art. 5 del presente accordo.

5. Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tesserina Sanitaria e Ricetta Elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 5, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.

6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono

parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il Ssn.

Art. 2 - Aggregazione funzionale territoriale della medicina generale

1. Con le aggregazioni funzionali realizzano (...) alcuni obiettivi di assistenza.

2. I Mmg partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni (...).

3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore dell'accordo, le Regioni, con la partecipazione delle OOSS firmatarie (...) individuano le aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:

- Riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;
- Popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.

4. Nell'ambito dell'aggregazione di cui al presente articolo è individuato un delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale. (...)

Art. 3 - Requisiti e funzioni minime dell'unità complessa delle cure primarie (Uccp)

1. (...) I modelli delle Uccp possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche e ai bisogni assistenziali (...).

2. Gli accordi regionali con le OOSS dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché la modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti.

Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informativi in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia

del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. (...).

3. L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);

- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;

- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, (...);

- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;

- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita (...);

- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.