

## I punti di svolta dell'accordo siglato per la MG

*La partita del rinnovo convenzionale sarà davvero finita solo quando da parte del Comitato di settore, del Consiglio dei Ministri e della Corte dei Conti verrà dato il via libera definitivo al testo approvato in sede Sisac. Se non ci sarà nessun ostacolo, infatti, entro la metà di luglio diventerà operativo e le Regioni dovranno attuarlo adeguando i compensi e pagando gli ar-*

*retrati. Questo accordo introduce grandi novità nella professione costruendo, con l'inserimento nella vigente convenzione dei nuovi articoli introdotti attraverso la recente fase negoziale, un puzzle di compiti, prassi, forme organizzative destinati a fare del Mmg del prossimo futuro qualcosa di molto diverso da quello che abbiamo conosciuto fino ad oggi.*

a cura di **Monica Di Sisto**

**N**el vecchio Acn, l'introduzione della definizione Wonca della medicina generale era stata intesa come delimitante il campo d'azione della definizione normativa dei compiti del Mmg. Con il nuovo accordo, invece, viene introdotto uno specifico articolo, il 13 bis, nel quale sono esplicitate le funzioni e i compiti che rappresentano per il Mmg condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione con il Ssn. Stando a quanto stabilito, il medico dovrà: assumere il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico; farsi parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti; perseguire gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

Il tutto non sarà più solamente responsabilità collettiva della categoria, che negozia e tratta collettivamente con la Parte Pubblica, ma l'Acn le definisce "responsabilità individuali del medico" che egli non potrà più svolgere "da solista" ma dovrà svolgere "facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale" e operando all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie, quando attivata. Sono parimenti obbligatori per il medico la ricetta elettronica e la trasmissione delle informazioni relative alla presa in carico di ciascuno dei suoi pazienti all'azienda sanitaria.

### ■ **Organizzazione integrata distrettuale**

I commi abrogati b, c, d ed e dell'articolo 6 del vecchio Acn cancellano dagli "strumenti" di attuazione della convenzione la vecchia "rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie". Se vive l'art. 54, con tutte le vecchie forme associative dei Mmg e i relativi benefici economici, i nuovi "strumenti" messi in campo sono contenuti negli articoli 26 bis, 26 ter, 59 bis e 59 ter, e il legislatore auspica che possano sostenere nel modo più efficace il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nell'accordo. L'art. 26 mantiene tra le previsioni la necessità per i Mmg di dare vita a équipe territoriali e Utap, le prime per raggiungere, attraverso forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, le seconde come strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone. Con l'art. 26 bis, tuttavia, si prevede l'obbligatorietà per i Mmg di partecipare alle aggregazioni funzionali territoriali indicate dalla Regione.

Con l'art. 26 ter, invece, sono definiti requisiti e funzioni minime delle Unità Complesse di Cure Primarie (Uccp), definizione all'interno della

quale sono ricomprese tutte le forme organizzative tra Mmg, e non solo, già messe in campo come Utap, Umg e così via. Gli accordi regionali individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna Uccp, nonché le modalità di partecipazione dei medici, valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse di 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 e agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla Uccp, ma soprattutto, come chiesto a una voce dalle organizzazioni sindacali stesse, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Anche in questo caso, però, dall'entrata in vigore dell'accordo i Mmg, i Pls, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati saranno obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle Unità Complesse delle Cure Primarie attivate con gli accordi regionali.

### ■ Flusso informativo, una sfida per tutti

In coda, invece, significativamente alle specificazioni del trattamento economico, raccolte nel vecchio testo all'art. 59, sono stati introdotti gli articoli relativi al cosiddetto "flusso informativo" (art. 59 bis) e alle "tesera sanitaria e ricetta elettronica" (59 ter). Dal 1° gennaio 2009, il medico di assistenza primaria è chiamato a trasmettere alla propria Asl le informazioni relative a:

- richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
- accesso allo studio medico, con o senza visita medica;
- visite domiciliari;
- PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);
- assistenza domiciliare (ADP/ADI). Queste informazioni devono essere trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni, ma in alcune il loro invio non è ancora operativo. Per di più il comma 4, come chiesto strenuamente dai sindacati nel corso della trattativa, chiarisce che il flusso informativo si potrà avviare solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

Anche l'effettiva entrata in vigore della ricetta elettronica non dipende esclusivamente dal Mmg. Certo, in caso di inadempienza il medico è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1.15 % su base annua. Tuttavia la riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico. E le prestazioni informatiche, diverse dal flusso informativo e dalla ricetta on line, continuano a essere oggetto di accordo regionale.

### ■ Niente procedura di garanzia regionale

Non si sa se per constatazione dell'inefficacia del meccanismo (mai applicato fino a oggi), oppure per garantire alle Regioni maggior tempo per introdurre i cambiamenti previsti da questo testo, è sparita dalla convenzione la previsione dell'applicazione di procedure di garanzia da parte della Sisac nel caso che le Regioni non procedano al recepimento degli accordi regionali. Sono spariti, infatti, dal testo finale i commi 1, 2 e 3 di quell'art. 10 che prevedevano la verifica dello stato di avanzamento degli accordi in ciascuna Regione, trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'Acn. Resta, invece, la previsione dell'istituzione di un Osservatorio, sempre presso la Sisac, partecipato dalle organizzazioni sindacali, per monitorare l'andamento di attuazione degli accordi regionali e aziendali, nonché di "monitorare i relativi dati economici e di attuazione di particolari e definiti istituti contrattuali", non meglio definiti, però, neanche questa volta.

Una delle cose su cui la Parte pubblica ha più insistito è che da questa strada di cambiamento non fossero offerte a singole aziende, Regioni o Mmg vie di fuga che consentissero loro di non imboccare decisamente la strada del cambiamento. È per questo che nel nuovo testo viene abrogata la norma finale 13 che prevedeva, in assenza di accordo regionale, nel caso del mancato recepimento dell'Acn da parte della Regione interessata, l'erogazione degli aumenti contrattuali previsti in ogni caso e in caso di non sottoscrizione da parte dei sindacati il congelamento degli aumenti in un fondo vincolato non alienabile.

In un pacchetto di altre nuove norme finali aggiunte in coda al nuovo Acn, per di più, viene definita la traccia che la negoziazione futura dovrà immediatamente seguire. Gli obiettivi da perseguire col prossimo accordo:

a) per quanto riguarda gli obiettivi generali, si sottolinea l'esigenza di procedere verso la individuazione

di forme di collaborazione tra Mmg, Pls e specialista ambulatoriale, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;

b) per quanto riguarda gli obiettivi specifici:

■ miglioramento dell'accesso agli ambulatori di MG e di Pls e ai poliambulatori specialistici pubblici, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al Pronto soccorso;

■ potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore su 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

■ potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica sia in età adulta;

■ coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei Mmg e dei Pls;

■ la revisione delle modalità e della struttura del compenso del medico, anche in relazione alle nuove Uccp;

■ la partecipazione della specialistica ambulatoriale ai protocolli operativi della continuità dell'assistenza h 24;

■ la definizione degli standard nazionali in ordine al sistema informativo, con particolare riferimento alla scheda sanitaria;

■ l'approfondimento del flusso informativo che collega i medici convenzionati con le aziende sanitarie;

■ la revisione della normativa contrattuale vigente al fine di renderla coerente con i nuovi assetti organizzativi;

■ la revisione della costituzione e del funzionamento degli organismi regionali e aziendali nei quali è prevista la presenza delle organizzazioni sindacali;

■ l'adeguamento dei meccanismi di certificazione della rappresentatività e dei diritti sindacali.

La nuova partita, dunque, è appena cominciata.

## Tutti i numeri e i costi dell'intesa

Sono 67 mila i medici che hanno rinnovato la convenzione con il Ssn per il biennio economico 2006-2007 e per il quadriennio normativo 2006-2009 della medicina del territorio. Il costo complessivo del rinnovo contrattuale vale circa 279 milioni di euro, di cui 219 milioni per la medicina generale, che include assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale. Mentre 34 milioni sono destinati alla pediatria di libera scelta e 26 milioni alla specialistica ambulatoriale. Queste risorse consentiranno un aumento medio lordo annuo del 4.85%. In concreto, a regime, per ogni assistito in carico il medico di assistenza primaria avrà un aumento lordo di 3,09 euro (+4.43%), il PIs percepirà un aumento di 5,78 euro (+4.37%), mentre lo specialista ambulatoriale avrà in più 2,18 euro (+4.81%) per ogni ora di attività.

Anche se, come visto in precedenza, il compenso sarà tra gli argomenti che i Mmg si apprestano a discutere con più forza nelle nuove trattative che la gran parte dei sindacati considera già iniziate, al momento esso mantiene la vecchia struttura:

- a) quota capitolaria ponderata per assistito e/o quote orarie;
- b) incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza;
- c) quota per servizi e prestazioni aggiuntive, per medico singolo o per gruppi, calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione;
- d) aumento previsto per rinnovo;
- e) incentivi legati al trasferimento di risorse, alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni tra ospedale e territorio. Alla quota regionale rimane affidato fino ad un 30% degli aumenti attribuiti. Entrando nel merito degli aumenti, ai Mmg spettano, in base alle tabel-

le inserite nel nuovo Acn 0,25 euro l'anno per assistito come arretrati del 2006 e 2,84 per il 2007. Per il 2008, invece, dal 1 gennaio sono loro riconosciuti 1,43 euro in quota capitolaria per ciascun paziente in carico, 4,80 euro per ogni paziente che abbia raggiunto il 75esimo anno di età e 0,87 euro per ciascun assistito minore di 14 anni. Il tutto, naturalmente, nella quota nazionale, a differenza che nel precedente Acn dove le quote venivano ripartite anche sul livello regionale, cosa che ha accentuato le diversità tra i Mmg operativi presso i diversi territori del Paese a seconda delle capacità politico-amministrative di questi ultimi.

Ai Mmg incaricati dei compiti di assistenza primaria, così, è corrisposto dall'1.1.2008, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo di euro 40,05. Erano 38,62 euro dal 2005. Il compenso aggiuntivo annuo che riceve per ogni suo assistito che abbia raggiunto il 75esimo anno d'età è pari a 15,49 euro, mentre quello corrisposto per le scelte dei minori di età inferiore a 14 anni, continuerà a essere di 18,08 euro.

Era già obbligatorio dalla entrata in vigore del precedente Acn per tutti i medici di assistenza primaria garantire, dal momento dell'assunzione dell'incarico, nel proprio studio e mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche. Per questo veniva corrisposta un'indennità forfetaria mensile di 77,47 euro che è stata confermata. Sono stati, invece, abrogati i commi 12 e 13 dell'art. 59 che prevedevano una gradualità dell'entrata in vigore di quest'obbligo, dipendente dall'anzianità di laurea, e addirittura l'esenzione dall'obbligo per i medici che avessero maturato 30 o più anni di an-

zianità di laurea al 1° gennaio 2004. L'indennità riconosciuta per il collaboratore di studio è confermata tale e quale fino all'ingresso in forme organizzative diverse, nell'ambito delle quali si dovrà tuttavia rispettare il livello retributivo raggiunto da ciascuno fino all'entrata di vigore dell'Acn. L'accordo stabilisce anche che tutti gli arretrati dovranno essere corrisposti entro il mese di giugno 2009.

### I contributi previdenziali

Grandi polemiche ha suscitato anche l'art. 60 dell'accordo, relativo ai contributi previdenziali e per l'assicurazione dalla malattia. Per i medici iscritti negli elenchi della assistenza primaria si prevede che sia corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza, cioè l'Enpam, pari al 16.5% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali o aziendali (era il 15% fino a oggi), di cui il 10.375% a carico dell'Azienda (in precedenza 9.375%) e il 6.125% a carico del medico (era il 5.625% fino ad oggi). **Nicola Preiti**, coordinatore nazionale FP CGIL medici medicina generale, che pure ha sottoscritto l'accordo, è stato insieme allo Smi il principale critico di questo specifico passaggio. Le risorse messe a disposizione dal rinnovo sono relative al biennio 2006-2007, mentre siamo già arrivati a metà 2009. Per di più l'incremento del 4.85%, già riconosciuto ai medici dipendenti, è stato eroso, secondo Preiti, dall'incremento Enpam, oltre che da un "ingiustificatissimo" incremento della polizza assicurativa (da 0.36% a 0.72% del compenso presente), a fronte, però, a suo dire, di nessuna remunerazione per i nuovi compiti obbligatori che sono costi per i medici come la completa informatizzazione delle cure primarie e i progetti tessera sanitaria e ricetta elettronica. In attesa di tempi migliori, tuttavia, i Mmg hanno preferito mettere in tasca almeno le risorse certe.