

## Buone nuove per i medici lombardi

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Recentemente si sono concentrati una serie di eventi e fatti nuovi, per la professione, due dei quali riguardano specificatamente i Mmg lombardi: a poche ore dalla conclusione delle trattative per l'Acn 2006-2009 è stato siglato anche l'accordo regionale lombardo 2009-2010 ed è giunta la notizia della proroga al primo ottobre dell'entrata in vigore dell'obbligo del quesito diagnostico per le prescrizioni di accertamenti clinici*

**E**videntemente i rilievi critici mossi dalle associazioni sindacali di categoria della Lombardia, fin dall'indomani dell'emanazione del provvedimento dell'obbligo di quesito diagnostico per le prescrizioni di accertamenti clinici, erano fondati e non hanno esaurito il compito della commissione insediata nel mese di marzo con l'obiettivo di riconsiderare tale obbligo in relazione alla variegata gamma di motivazioni cliniche alla richiesta di accertamenti. Così la commissione presieduta dal presidente della Federazione regionale degli Ordini dei Medici, **Giovanni Belloni**, avrà tempo fino al mese di ottobre per formulare il proprio parere interpretativo circa l'applicazione pratica dell'obbligo di quesito diagnostico.

Come ribadito in un articolato documento presentato alla commissione regionale dalla Fimmg di Brescia (M.D. 2009; 13: 14-15) le aree più problematiche riguardano:

- ▶ la valutazione dei rischi: buona parte delle richieste di accertamenti biomorali riguardano la definizione, il controllo e il monitoraggio di terapie rivolte a fattori di rischio per l'insorgenza di patologie cardiovascolari, metaboliche ecc. (basti pensare ai pazienti affetti da ipertensione arteriosa e/o dislipidemia senza danno d'organo);

- ▶ le prescrizioni di esami a scopo preventivo (diagnosi precoce di tumori, predisposizione genetica verso patologie degenerative) o per la valutazione dello stato di salute in soggetti asintomatici e apparentemente sani.

A queste problematiche, squisitamente cliniche, si aggiunge un'anomalia più volte segnalata dalle associazioni di categoria. Come noto la legge regionale 31 ha affermato il principio del pari trattamento delle strutture pubbliche e private rispetto al ruolo di committenza della Regione e delle Asl, che fungono solo da acquirenti e controllori delle prestazioni erogate sulla base della libera scelta degli assistiti.

Tuttavia non sono state ancora eliminate tutte le asimmetrie di condizioni che differenziano le strutture pubbliche rispetto a quelle private: per esempio i medici degli ospedali pubblici sono dotati del ricettario a lettura ottica mentre i colleghi delle strutture accreditate private possono prescrivere solo un limitato numero di accertamenti utilizzando la ricetta del Ssr.

Da qui la richiesta, più volte formulata alla Regione da parte dei sindacati della MG, di dotare anche i medici dei centri specialistici privati della possibilità di prescrivere direttamente sul ricettario del Ssn le indagini ritenute necessarie per rispondere al quesito clinico del Mmg, senza obbligare l'assistito a inutili andirivieni tra studi medici e centri di prenotazione.

Pare che attualmente la Regione abbia preso in seria considerazione questa ipotesi, anche in relazione alle difficoltà pratiche lamentate dai Mmg nell'applicazione dell'obbligo di quesito diagnostico all'atto della prescrizione di accertamenti "suggeriti" da specialisti accreditati privati privi di un'esplicita ipotesi clinica.

### ■ L'accordo integrativo regionale

A 48 ore dalla firma dell'Acn nazionale è arrivato, in modo inatteso e nonostante lo stato di agitazione proclamato dai sindacati milanesi per la propria vertenza aziendale, anche l'accordo integrativo regionale lombardo (Air) per il biennio 2009-2010.

L'Air 2009-2010 comprende due parti: la definitiva sistemazione delle situazioni pendenti (forme associative e indennità per i collaboratori) e le novità normative per il biennio di validità, "fatta salva la necessità di integrazioni o modifiche che dovessero emergere a seguito dell'entrata in vigore della nuova convenzione nazionale".

Per quanto riguarda gli arretrati, l'Air mette la parola fine ad un lungo braccio di ferro tra Regione e sindacati che da tempo reclamavano la regolarizzazione delle posizioni pregresse, vale a dire:

- ▶ il riconoscimento e la remunerazione di tutte le medicine di gruppo e in rete costituite entro il 31/12/2008;

- ▶ la corresponsione di tutte le indennità per il personale (collaboratore di studio e infermiere) per i medici che hanno attivato il personale al 31/12/2008, compreso il riconoscimento economico degli arretrati maturati a partire dal 16/09/2007. L'attribuzione delle indennità per le forme associative e per il personale di studio, anche per i medici "single", è subordinata a due requisiti:

- 1) la disponibilità della Carta dei Servizi, che deve essere esposta negli studi medici e fornita a richiesta degli assistiti;
- 2) l'adesione al SISS e al progetto di governo clinico.

Le principali novità prospettiche introdotte con il nuovo Air sono:

- nuove modalità di applicazione del governo clinico;
- l'istituzione di un fondo di un milione di euro per finanziare l'aumento, fino a un massimo del 25%, della presenza oraria del personale negli studi medici rispetto ai parametri minimi stabiliti dall'Acn. L'erogazione delle risorse avverrà in misura proporzionale rispetto agli assistiti in carico al 31 dicembre dell'anno precedente e solo a seguito della verifica da parte delle Asl dell'effettivo aumento di orario del personale di studio.
- Un secondo fondo aggiuntivo di un milione di euro annui per finanziare l'incremento dell'offerta oraria ambulatoriale. Vengono infine confermati per il biennio 2009-2010 le disposizioni del precedente Air (2007) relative al Fondo di Qualificazione dell'Offerta, che disciplinano i requisiti necessari per l'accesso da parte dei medici singoli o appartenenti a forme associative alle quote A e B.

### ■ La misurazione dei risultati

La novità più rilevante, a parere di chi scrive, è l'introduzione di criteri di misurazione dei risultati della gestione delle patologie croniche prevalenti ai fini della corresponsione dell'indennità di governo clinico. Nel recente passato gli incentivi erano stati distribuiti prevalentemente "a pioggia" e in modo disomogeneo, vale a dire senza la trasmissione di indicatori epidemiologici, di proces-

### Governo clinico

Il governo clinico rappresenta una modalità di lavoro volta a garantire maggiore qualità ed efficacia dell'assistenza. Per gli anni 2009-2010, le quote di cui all'art. 59 parte B, comma 15 dell'Acn 2005 per la medicina generale, saranno erogate in funzione della partecipazione dei Mmg alla gestione di una patologia cronica a maggiore prevalenza nella popolazione (malattia cardiovascolare, diabete, ecc.). In attuazione di quanto sopra riportato, ciascuna Asl definirà, previa intesa nell'ambito del Comitato Aziendale, gli obiettivi aziendali per il coinvolgimento dei Mmg, nonché i criteri di misurazione dei risultati, che dovranno essere trasmessi alla competente Struttura della DG Sanità entro il 30 giugno 2009.

so e/o esito correlabili alla qualità dell'assistenza fornita agli assistiti affetti da diabete mellito, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco ecc. Per esempio in talune Asl l'indennità di governo clinico è stata corrisposta previa partecipazione ad iniziative formative *ad hoc*. Con l'Air 2009-2010 si afferma invece - seppur implicitamente e senza mai menzionare la valutazione di qualità - il principio della revisione retrospettiva delle *performance* assistenziali dei Mmg, resa possibile dall'"estrazione" dai database clinici e dal conferimento alla Asl di dati ritenuti rilevanti dal punto di vista gestionale e assistenziale in rapporto ai diversi Pdta.

### ■ Le ricadute del nuovo Acn

Mentre nel capoluogo lombardo venivano confermate, anzi ampliate, le indennità del "vecchio" accordo collettivo, a Roma si varava il testo del "nuovo" Acn che, all'articolo 26 ter,

prevede espressamente la riallocazione degli incentivi e delle indennità per associazionismo, collaboratori, infermieri e strumenti informatici per l'attivazione e il funzionamento delle singole Unità Complesse delle Cure Primarie. L'iter applicativo dell'Acn 2006-2009 condiziona l'Air lombardo 2009-2010, che dovrà necessariamente essere rivisto in relazione all'implementazione locale delle nuove norme nazionali.

Difficile prevedere i tempi dell'operazione, dato che l'Acn 2006-2009 ha meno di 6 mesi di validità. Non sarà agevole armonizzare due impostazioni logiche che appaiono distoniche e per certi versi inconciliabili: se infatti le attuali indennità, percepite da una minoranza per quanto consistente dei medici in attività, verranno "spalmate" su tutti i generalisti tenuti, secondo norma dell'Acn, ad aderire alle forme associative, è facile prevedere che la "riallocazione" non sarà in grado di assicurare incentivi per le Uccp paragonabili a quelli attualmente in vigore per i gruppi, men che meno con gli incrementi inseriti nell'Air lombardo 2009-2010. A meno che a livello nazionale e/o regionale si riescano a reperire finanziamenti aggiuntivi per coprirne il fabbisogno, mantenendo nel contempo l'entità degli attuali incentivi per il personale. Questa ipotesi, sul breve periodo, appare poco probabile per la congiuntura economica nazionale, non certo favorevole a nuovi investimenti, a cui si aggiungono le precarie condizioni finanziarie in cui versano alcune amministrazioni regionali, specie al Centro-Sud.

### Fondo aggiuntivo

Il fondo regionale è destinato "ai medici singoli o in forma associata che aumentino l'orario del 20% rispetto a quanto previsto dall'Acn vigente, garantendo, anche a rotazione nel caso dei medici che operano in forma associata, per almeno 2 giorni settimanali l'apertura degli studi dalle ore 8.00 o fino alle ore 20.00, e tutti i sabati per almeno 4 ore, in modo da favorire l'accesso tenendo conto delle esigenze lavorative della popolazione. A tale scopo le Asl dovranno effettuare una rilevazione dei medici interessati ad aderire a tale proposta e trasmetterla ai competenti uffici Regionali. L'erogazione delle risorse avverrà in misura proporzionale rispetto al numero di assistiti rilevati al 31 dicembre dell'anno precedente e potrà comunque avvenire soltanto a seguito della verifica da parte delle Asl della sussistenza dei requisiti richiesti. Il medico che parteciperà al riparto di questo fondo aggiuntivo potrà aderire anche alla quota A e alla quota B, fatta salva la soddisfazione di tutti i requisiti richiesti".