

ACN: l'atto di indirizzo tra aperture e dinieghi

Le Regioni, un po' a sorpresa e un po' no, hanno presentato al Consiglio dei Ministri, ben prima delle elezioni amministrative, un primo testo inerente "Linee di indirizzo per l'ACN" (biennio economico 2008/2009 e quadriennio normativo 2006/2009). Tra i sindacati dei Mmg c'è chi, pur tra le critiche, dà segnali di apertura a tale proposta e chi la respinge. Eppure la definizione dell'atto di indirizzo, sia come azione di rispetto degli impegni

assunti - anche in chiave di autopromozione bipartisan - sia come termine di un processo di convergenza che arriva da lontano, sembra compiere, almeno a livello formale, la svolta verso una medicina territoriale ben diversa da quella di appena qualche anno fa. Una svolta concertata a cui le parti interessate vorrebbero però vedere corrispondere un investimento finanziario che non c'è e una nuova strutturazione del compenso.

Monica Di Sisto

Le Regioni chiariscono sin dalle prime righe dell'atto di indirizzo per l'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale (biennio economico 2008/2009 e al quadriennio normativo 2006/2009) che "il percorso di negoziazione e di completamento dei contenuti del quadriennio normativo 2006/2009 deve considerarsi in continuità con il percorso intrapreso nella ridefinizione della medicina territoriale convenzionata, che ha visto un primo importante risultato nella sottoscrizione dell'accordo del 29 luglio 2009".

Anche questa fase negoziale, nelle intenzioni del Comitato di settore, "dovrà allora rappresentare un momento fondante del percorso che, in applicazione delle indicazioni fornite dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, porterà a una reale riorganizzazione della medicina convenzionata". Tuttavia, con una forte dose di realismo, i Governatori precisano anche che, se il percorso si svilupperà, "data la complessità degli argomenti in discussione, anche all'interno del prossimo rinnovo contrattuale", il tentativo odierno di nuova definizione normativa deve riguardare "quegli aspetti che sono ritenuti fondamentali per non bloccare il percorso virtuoso iniziato con la sottoscrizione del vigente accordo". Andiamo, dunque, a esaminare tali aspetti nel dettaglio.

I livelli di finanziamento

Ad oggi - è la constatazione di fondo delle autonomie locali, a parte alcune realtà particolari - la medicina convenzionata riesce con difficoltà a svolgere il ruolo che le viene assegnato poiché non sempre può beneficiare della necessaria integrazione con le altre aree assistenziali. La riorganizzazione, dunque, è urgente anche dal punto di vista normativo secondo i Governatori che, tuttavia, non sembrano voler (o avere la forza) di investire molto di più di quanto attualmente c'è sul tavolo per dar seguito a questo ambizioso proposito. Dal punto di vista economico essi infatti spiegano che il rinnovo per il biennio economico 2008/09 può contare su un incremento finanziario pari a quello previsto per l'inflazione programmata dalla normativa vigente che obbliga le Aziende sanitarie a un accantonamento corrispondente al +1.7% nel 2008 e al +1.5% nel 2009, cioè al +3.2% complessivo nel biennio sulla spesa 2007 di cui l'1.2% da considerarsi da destinarsi al finanziamento degli accordi regionali.

È evidente lo scostamento dalle aspettative che i Mmg riservavano in questo successivo momento della contrattazione. Il segretario Fimmg **Giacomo Milillo**, che proprio con l'argomento della "trattativa a due tempi" aveva un po' trainato tutta la

categoria a un'apertura di fiducia nei confronti della parte pubblica in vista di un impegno verso investimenti futuri all'altezza delle sfide presentate, in realtà è costretto a notare e a condividere con iscritti e non che proprio nella parte economica manca qualsiasi cenno alla disponibilità di quel +0.8% oltre al +3.2% sulla spesa 2007 (comprensivo degli aumenti del biennio economico 2006-2007) che in sede del rinnovo del contratto del comparto è stato messo a disposizione, seppure con limitazioni e vincoli legati alla condizione economico-finanziaria delle singole Regioni e che è materia di trattativa per il contratto della dirigenza sanitaria. Così come la destinazione dell'1.2% al finanziamento degli accordi regionali che, sottolinea Milillo, "senza garanzie di solvibilità, sottrae risorse a quello che comunque resta un arretrato maturato dalla categoria".

Figuriamoci che effetto può aver fatto una proposta come questa a **Salvo Cali**, segretario Smi, che aveva rigettato anche l'offerta economica della precedente convenzione, perché la riteneva non adeguata ai nuovi compiti prefigurati per i Mmg: "sotto il profilo economico hanno fatto prevalere una logica punitiva nei confronti dei medici, si divarica ulteriormente la forbice con la dirigenza medica, si impoverisce oltremodo il settore della convenzionata". Risultato: bocciatura completa.

Il compenso deve cambiare, ma come?

Se le cifre sono messe in discussione, altro punto da ben vagliare una volta seduti intorno al tavolo con la parte pubblica sarà di certo quello sulla ristrutturazione del compenso. Una strada condivisa dalle categorie mediche da ormai molti anni e che il Comitato di settore ha scelto però di spostare sul livello locale. Esso, infatti, riconosce nel documento inviato a Palazzo Chigi la necessità di andare a una ridefinizione della struttura del compenso, con particolare riferimento alle Uccp *“per le quali si vogliono rendere coerenti le caratteristiche strutturali dello strumento finanziario ed il profilo di attività che si intende sviluppare”*, prevedendo una articolazione in due componenti (onorario professionale e remunerazione dei fattori produttivi).

La parte pubblica fa per di più una scelta ben precisa, si potrebbe definire di natura *“epidemiologica”*: stabilisce, infatti, una maggiorazione della quota capitaria per anziani e bambini nella fascia di età da 0 a 6 anni, e portatori di patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, soggetti affetti da ipertensione arteriosa con danno d'organo, demenze, ecc.).

Questa scelta d'indirizzo, però, sembra volerla gestire in totale autonomia perché, esercitando fino in fondo tutti i poteri rafforzati conferite del federalismo, rivendica a sé la titolarità piena di funzioni di coordinamento, monitoraggio e delegando al livello regionale le modalità di individuazione dei soggetti, l'identificazione dei percorsi e il sistema di monitoraggio e verifica di questo rafforzamento della quota capitaria.

Una scelta abbastanza a rischio in un Paese come l'Italia in cui ogni Regione fa caso a sé anche per le patologie e in cui sempre di più esse potrebbero riconoscere valori diversi a lavori identicamente difficili, non essendo mai riuscite fino a oggi a garantire effettivamente un coordinamento di intenzioni e volumi di finanziamento.

Uccp e aggregazioni funzionali: davvero tutto in discesa?

C'è chi come lo Smi attacca frontalmente: l'atto di indirizzo, secondo Salvo Calì, non parte dalla realtà della medicina territoriale italiana perché sceglie le Uccp come modello di riferimento per la riorganizzazione della medicina del territorio, che per il segretario Smi è un modello organizzativo ancora sperimentale, minoritario o addirittura inesistente in molte Regioni italiane. C'è chi come la Fimmg, secondo il registro che le è consono, sceglie locuzioni un po' più sfumate, rimandando al confronto concreto sul tavolo negoziale i dettagli su convergenze e divergenze.

Resta il fatto che ai sindacati poco convince la scelta dei Governatori di giocare tutta la progettualità degli interventi futuri su di un solo modello e cioè le aggregazioni funzionali territoriali ma, soprattutto, le Uccp.

La premessa che il Comitato di settore propone era prevedibile, considerato il percorso compiuto negli scorsi anni. Il nuovo accordo, secondo questa impostazione, dovrà fornire indicazioni relativamente alla organizzazione e ai compiti da affidare a queste forme associative innovative, agli strumenti per il loro governo e al sistema di relazioni che tali nuove entità devono stabilire col contesto in cui sono chiamate a operare, demandando al livello regionale la definizione delle caratteristiche organizzative e delle funzioni del coordinatore/referente.

Il processo di aggregazione di Mmg, pediatri e specialisti convenzionati, avviato con gli ultimi accordi, secondo la parte pubblica *“deve risultare funzionale sia al potenziamento di attività svolte dal singolo professionista sia alla generazione e al radicamento di attività fondate sul lavoro di gruppo. Il nuovo impianto organizzativo della medicina territoriale, accanto alle tradizionali modalità di assistenza fondate sul rapporto fiduciario col paziente, deve consentire di far emergere, praticare e rendere efficaci quelle funzioni di facilitazione all'accesso ai servizi, di coordinamento e monitoraggio dei processi assistenziali che il singolo professionista può affrontare solo in misura molto parziale”*.

In quest'ottica la buona pratica è offerta dall'area dell'assistenza sociosanitaria, che coinvolge professionisti sanitari, sociosanitari e sociali, e che ha sviluppato in questi anni, sempre secondo il Comitato di settore, una logica di integrazione di funzioni e professionalità, partendo dalla necessità di assicurare la presa in carico di specifici target, come per esempio gli anziani non autosufficienti. Tale funzione di *case management*, è questa la nuova chiave ribadita anche in questo documento, che deve essere garantita nell'ambito delle Uccp, attraverso la costruzione e la sperimentazione di strumenti di valutazione complessiva dei bisogni della persona fragile assistita a domicilio.

La parte pubblica precisa comunque che queste modalità organizzative e le relative attività andranno rendicontate e dovranno essere argomento di confronto e di discussione periodica con le direzioni dei Distretti, dei Dipartimenti delle Cure Primarie e delle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie, al fine di descrivere e migliorare il percorso di ridefinizione delle cure primarie sul territorio.

Ma la domanda che sicuramente si pone di fronte a tutti gli operatori è questa: come davvero potrà accadere questo in tutta Italia, se non è mai successo fino a oggi? La strada di *“buon senso”* sembra unidirezionale e la indica la stessa Fimmg. Se le Regioni convengono che molti di questi argomenti dovranno essere affrontati nella fase successiva di contrattazione, forse la soluzione più agile per non aprire l'ennesimo tavolo senza fine sarebbe quello di limitare gli argomenti a quelli di facile realizzazione, di chiudere così l'arretrato 2008-2009 e pensare a rivoluzioni copernicane con più tempo a disposizione, ma soprattutto a elezioni avvenute, con davanti prospettive istituzionali di più lungo corso.