

Trattativa Acn: resoconto del secondo round

In attesa degli esiti del prossimo incontro dei sindacati con la Sisac, nel frattempo, tirando le fila del secondo match, si annovera una ripresa della conflittualità tra i rappresentanti di categoria. Da una parte Fimmg, Simet e Sumai, con la finalità di chiudere al meglio possibile la partita entro marzo, prima delle elezioni, per evitare di vederla catapultata al prossimo anno. FP Cgil, pur auspicando di fare presto, obietta che il

Comitato di Settore non può concepire degli Atti di indirizzo come "carro davanti ai buoi della trattativa", ostentando poi la volontà di concludere rapidamente. Dall'altra parte ci sono gli altri sindacati, che respingono le proposte con diverse sfumature. A fare da sfondo due capitoli della trattativa abbastanza nuovi che rischiano di sparigliare le carte sul tavolo: la medicina penitenziaria e la cura degli immigrati.

Monica Di Sisto

Dopo il primo incontro che ha di fatto riaperto le trattative per il rinnovo contrattuale della medicina generale relativo al biennio economico 2008/2009, le rappresentanze dei Mmg si sono sedute nuovamente intorno al tavolo negoziale con la Sisac, per ricevere risposte rispetto alle obiezioni sollevate a una voce da tutti fin dai primi contatti. Due punti nella contesa sembrano abbastanza inamovibili per la Parte pubblica: l'aumento del 3.2% non è incrementabile e non può essere attribuito interamente al nazionale; la riconversione dell'indennità informatica all'interno della quota capitolaria appare certa. Una posizione rispetto alla quale i sindacati sono al bivio: da una parte Fimmg, Simet e Sumai, che vorrebbero tentare di chiudere al meglio possibile la partita entro marzo. Sulla stessa lunghezza d'onda FP Cgil, anche se con dovuti distinguo. Dall'altra parte tutti gli altri sindacati, che respingono al mittente la proposta. Inoltre due capitoli abbastanza nuovi per la trattativa aggiungono "carne al fuoco": la medicina penitenziaria e la cura degli immigrati.

Il fronte del sì

Fimmg si è presentata al tavolo con la Sisac forte di un documento condiviso con tutti i segretari, nel qua-

le si pongono sul tavolo le criticità, ma anche una significativa apertura di fondo. Tra i punti più dirimenti, senza dubbio, quella sulle ipotesi di nuova strutturazione del compenso: i tempi contenuti disponibili per la trattativa e la dichiarata intenzione della Parte pubblica di colmare i ritardi accumulati nei rinnovi convenzionali, fa condividere la scelta di rinviare questo passo. È però importante per Fimmg fin da ora cercare di essere coerenti, almeno nelle linee generali, con un orientamento che dovrà distinguere gli onorari destinati a retribuire l'attività professionale (in parte in quota capitolaria articolata con le opportune "pesature", in parte collegata a indicatori di processo) dai finanziamenti destinati ai fattori di produzione. "Siamo d'accordo - scrivono dalla Fimmg - sulla valorizzazione per fasce di età e non ci opponiamo a quella dei malati cronici. A tal proposito, però, non possiamo non essere consapevoli delle difficoltà tecniche di computo dei compensi e ai rischi di sottoutilizzo delle risorse destinate. Riteniamo pertanto che debba essere individuato un meccanismo semplice, da collaudare con il minimo delle risorse necessarie".

Altro sì condizionato, quello sull'informaticizzazione. La comunicazione medico/azienda *paperless* è per tutti un obiettivo raggiungibile, mentre il *patient summary* è assolutamente

premature, "specie in considerazione dei ritardi della maggior parte delle Regioni". Inoltre, in un momento di evoluzione delle tecnologie informatiche degli studi dei medici che dal semplice pc devono aprirsi alla rete, per Fimmg "non è accettabile un reindirizzamento dell'indennità informatica. Fra l'altro questa indennità che è sostanzialmente una quota di finanziamento di specifici fattori di produzione, già inadeguata, verrebbe trasformata in modo non coerente con la prospettata ristrutturazione del compenso".

Il finanziamento dichiarato dall'atto di indirizzo è del 3.2%, pari all'accantonamento obbligatorio delle Regioni per l'inflazione.

Fimmg, a fronte della concessione dello 0.8% alla dipendenza, lo richiede anche per i convenzionati, pur con distinguo, ma si dice disposta a sacrificarlo alla parte regionale per recuperare equamente la perdita di potere d'acquisto subita dai medici di medicina generale negli ultimi anni. Il segretario **Giacomo Milillo**, in coda all'incontro, ha anche spiegato alla stampa di avere dietro questa proposta un fronte sindacale compatto. Ma è davvero così?

Il fronte del no

La smentita Snam si è fatta attendere ed è stata di particolare evidenza e a mezzo stampa.

“Milillo parli per sé”, ha replicato il presidente nazionale Snam **Angelo Testa**, dichiarando il proprio scontento rispetto alla proposta fatta da Sisac. Snam, infatti, spiega che non si tratta se non si sciolgono i nodi principali che sono di più rispetto a quelli elencati dalla Fimmg. Partendo dal finanziamento, l’incremento del 3.2% previsto dall’inflazione programmata obbliga le aziende sanitarie ad un accantonamento corrispondente al +1.7% nel 2008 e al +1.5% nel 2009 nel biennio sulla spesa 2007. “Tale quota - spiega Testa, che considera dovuto anche lo 0.8% concesso alla dirigenza - è, per noi, da ritenersi totalmente a carico della parte nazionale, in quanto affidare tale quota a una trattativa regionale significherebbe avere gravi ritardi se non addirittura rischiare di perderla in alcune Regioni”.

Giuseppe Tortora, incaricato a trattare dal Sindacato Medici Italiani (Smi), in realtà assume una posizione leggermente diversa dallo Snam, chiedendo che sia confermato il 3.2% di incrementi, e che se anche una piccola parte venisse stornata a livello regionale (lo 0.4%, è sembrato emergere dalla discussione con la Sisac) è necessario che sia garantita anche in assenza di accordi integrativi. “Entro un tempo concordato, anche se in due fasi, nella busta paga dei medici deve arrivare il 3.2%. Non si facciano scherzi!”, conclude lo Smi, che chiede di attribuire alla medicina convenzionata anche lo 0.8% già concesso dalle Regioni alla dirigenza medica, senza esclusioni per quelle realtà che hanno problemi di disavanzo di bilancio con relativi piani di rientro. “Non sono i medici a dover pagare - esclama Tortora - per le colpe di gestione della malapolitica”. Tutto ciò considerando il fatto che le trattative decentrate sono dei buchi neri: “basti pensare - ricordano ancora dallo Smi - che alcune Regioni hanno firmato gli ultimi accordi integrativi solo qualche mese fa, cioè in ritardo di due anni, con in vigore una nuova convenzione. Chiediamo che siano chiari i tempi per le contrattazioni a livello regio-

nale e aziendale e altrettanto chiare devono essere le possibili sanzioni per chi non li rispetta”.

L’operazione più generale contro la quale punta il dito lo Smi - trovando sulla stessa linea Snam - è che “non ritiene prioritario trattare, in questo momento, l’istituzione della figura del coordinatore di Uccp mentre Fimmg accetta l’idea che il territorio sia riorganizzato a partire dalla sua individuazione”. Altro punto dolente per Smi, che si inserisce in tale problematica, è che la bozza della Sisac non raccolga le preoccupazioni della categoria e soffra, purtroppo, di una filosofia di fondo sbagliata: l’idea di costruire la sanità sul territorio senza consultare chi vi opera, cioè i medici. “La proposta che faremo come Smi - anticipa **Paola Volponi** - risolve la questione economica, è quella di riorganizzare le cure primarie puntando su accesso e ruolo unico, strumenti utili per valorizzare davvero tutti i medici che garantiscono l’assistenza primaria, la continuità assistenziale, l’emergenza territoriale”. Il sindacato ribadisce che le sue caratteristiche devono essere definite, però, a livello nazionale per dare uniformità a tutto il territorio.

■ Due questioni spinose: carcere e immigrazione

Tra le pieghe del nuovo accordo covano due seri problemi sociali: quello legato all’assistenza sanitaria dei migranti e quello relativo alla medicina penitenziaria. Per quanto concerne il primo, le anagrafi sanitarie di tutta Italia, nonostante il fatto che con il rinnovo dell’Acn ci si pongano obiettivi impegnativi come quelli del *patient summary*, sono in tilt per il fatto che i migranti regolari sono iscritti nel Ssn, e quindi godono di assistenza sanitaria, ma a volte, quando scade loro il permesso di soggiorno o si spostano a causa di lavori stagionali ciclici, non si cancellano dalle liste dei propri Mmg “gonfiando” (questa è l’accusa recente della Parte pubblica e della magi-

stratura) le quote capitarie. Esistono, poi, discrepanze tra le anagrafi sanitarie e le Questure, custodi degli elenchi degli immigrati con regolare permesso di soggiorno. In Lombardia, ha denunciato di recente Snam, sono circa 6.000 i pazienti che sono stati rimossi d’ufficio dagli elenchi degli assistibili e il sindacato ha dato mandato ai propri legali per capire se questo si traduca o meno nell’ennesimo danno economico nei confronti dei medici di medicina generale.

Secondo punto caldo è quello relativo alla medicina penitenziaria. Il testo della Sisac prevede che vada individuato uno specifico capitolo contrattuale entro il quale disciplinare i principali aspetti riguardanti il funzionamento di quest’area, fatta eccezione per gli aspetti economici e previdenziali che dovranno essere rinviati necessariamente al prossimo accordo nazionale a causa della mancanza delle principali informazioni di base. I medici penitenziari aderenti a Fimmg-Amapi hanno a questo riguardo un motivo in più per sperare in una rapida conclusione della trattativa sindacale per il rinnovo dell’Acn relativo al biennio 2008-2009.

Pasquale Paolillo, coordinatore nazionale settore Fimmg-Amapi ha sollecitato, però, come urgente salvaguardare gli aspetti professionali e quelli normativi ed economici del personale medico attualmente operante, con particolare riferimento alla tutela dei livelli occupazionali, dei diritti previdenziali, nel rispetto delle deroghe previste in tema di limitazioni e incompatibilità per i medici attualmente occupati. “Vorremmo inoltre più omogeneità di trattamento nelle varie Regioni sottolinea Paolillo - e il rispetto della legge 740 che non prevede incompatibilità e tetti d’orario. In alcune realtà invece ai medici penitenziari è posto il tetto delle 48 ore settimanali e limiti del numero delle scelte”. A complessità si aggiungono complessità, e la primavera elettorale sembra, ormai, davvero alle porte.