ACN: addio pagamento a prestazione, le novità dietro l'angolo

Regionalizzazione delle decisioni sul ruolo unico, meccanismi di premialità e un fondo per la remunerazione dei fattori produttivi: sono queste alcune delle novità contenute nella terza versione dell'Atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale della medicina convenzionata licenziato a luglio dal Comitato di settore per la MG. Resta però l'incognita finanziaria degli accantonamenti regionali da cui dipendono gli aumenti per la Medicina Generale

Simone Matrisciano

È passato poco più di un mese da quanto il Comitato di settore per la MG ha licenziato la nota di aggiornamento dell'Atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale della medicina convenzionata. La nota è stata accolta tiepidamente da Fimmg, Fimp e Sumai che pochi giorni prima avevano proclamato lo stato di agitazione. "Sufficiente l'apertura sui temi richiesti dai sindacati. Siamo moderatamente ottimisti." Così hanno commentato le tre sigle sindacali. Una sufficienza e un moderato ottimismo che di fatto hanno smorzato le tensioni tra Regioni e sindacati, ma non hanno convinto quest'ultimi ad abbandonare i propositi di azioni sindacali ove non si trovassero le risorse, che proprio la legge di stabilità dovrà mettere nero su bianco per finanziare il nuovo accordo che si dovrebbe andare a trattare a breve.
Il nuovo Atto di indirizzo riapre la trattativa tenendo conto delle normative sanitarie aggiornate dall'uscita dei Piani nazionali Cronicità e Vaccini, del decreto sui Lea e della legge 24 sulla riforma della responsabilità sanitaria. Inoltre nell'Atto viene sottolineata anche la necessità di potenziare il ruolo della programmazione regionale nella definizione dei fabbisogni, in termini sia di rapporto ottimale sia di massimale di scelte, e di prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico in presenza di modelli organizzativi multi professionali e ben strutturati, dove i Mmg hanno a disposizione personale e strumenti.
Andrebbero inoltre considerati strumenti convenzionali per agevolare l'inserimento nelle graduatorie regionali e l'accesso dei giovani medici anche in quegli ambiti territoriali carenti che per caratteristiche oro-geografiche risultano da anni privi di copertura: per esempio, incentivazioni economiche e agevolazioni logistiche (gratuità dello studio, apertura dello studio presso una Uccp).
Novità anche per quanto concerne il ruolo unico. A tale riguardo l'Atto specifica: "L'analisi delle dotazioni di Mmg e Medici di Continuità Assistenziale nelle singole Regioni, mostra un importante variabilità nel numero dei professionisti. Questa variabilità, sommata al tema della demografia professionale e ai modelli organizzativi che si stanno sviluppando nei sistemi sanitari regionali, suggeriscono che l'implementazione del ruolo unico debba potersi attuare nell'ambito dei differenti modelli organizzativi regionali".

I compensi

Ma le novità sono rappresentate soprattutto dalla ristrutturazione del compenso per i Mmg, dei meccanismi di premialitá sui risultati e dal Fondo per la remunerazione dei fattori produttivi. Ed è proprio su questi argomenti che i sindacati hanno rilevato alcune criticità. Ma procediamo con ordine.
Il 30% del compenso dei medici di medicina generale dovrebbe essere assegnato con "meccanismi premiali", i quali dovranno offrire un *forfait* in funzione della qualità dell'assistenza offerta ai cittadini (leggi, per esempio: gestione della

cronicità, vaccinazioni, accessi evitati al pronto soccorso). Inoltre, dovrà essere superato il pagamento a prestazione. Ogni Asl dovrà alimentare un Fondo per la "remunerazione dei fattori produttivi", ma il grosso della somma verrà direttamente dal bilancio dello Stato. A tal proposito, l'Atto ricorda che gli aumenti della Medicina Generale sono allineati a quelli della dipendenza, e sottolinea anche che per le convenzioni dovrebbe venire in aiuto quanto il Ministero dell'Economia ha chiesto alle Regioni di accantonare; infatti, tra il 2011 e il 2015 (anni di blocco contrattuale), le Regioni dovrebbero (il condizionale è d'obbligo) aver accantonato una somma per le nuove convenzioni, circa lo 0,75% del costo salari desunto dal modello CE di rilevazione dei costi di Asl e ospedali; e su questa quota dello 0,75% relativa al 2016 devono iniziare a calcolare uno 0,36% di aumento ulteriore.

I commenti dei rappresentanti di categoria

Il vicesegretario **Pier Luigi Bartoletti** commentando l'Atto ha messo i puntini sulle ì: "In questa babele di sigle, atti, agenzie, Leggi, Circolari, bisogna, per cercare di fare chiarezza, arrivare al punto del problema, ovvero l'accordo collettivo nazionale, che come ogni contratto deve essere negoziato partendo da alcuni presupposti, primo tra tutti quale ruolo si intende affidare al medico di famiglia nell'ambito del Ssn. Quali strumenti ci sono e ci saranno davvero a supporto del ruolo? Quali sono gli obiettivi cui riferirsi e quali gli indirizzi normativi? Per non parlare delle risorse che si intendono mettere a disposizione e le modalità con le quali tali risorse debbono essere erogate". Un tema, quello delle risorse, inevitabilmente connesso al discorso della premialità. "Uno degli aspetti più rilevanti riguarda le modalità di utilizzo delle risorse economiche a disposizione - ha dichiarato **Claudio Cricelli**, presidente Simg - da usare con maggiore e crescente attenzione all'interno di meccanismi di premialità a risultato, sugli obiettivi prioritari definiti dalle indicazioni nazionali. È un cambio di rotta importante che Simg sposa profondamente".

Luci e ombre sono quelle che intravede **Angelo Testa**, presidente Snami. "È certo un bene l'Atto d'indirizzo perché si torna a trattare e offre dei riferimenti, finalmente, sulla parte economica; è un bene la regionalizzazione delle decisioni sul ruolo unico perché raccoglie le osservazioni Snami sull'impossibilità di adattare un modello uguale in regioni che presentano diverso rapporto tra medici di famiglia e popolazione, tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale, e differenti esigenze organizzative; è un bene infine che si pensi al turnover per i giovani e che si parli meno di Aft e Uccp e più di assistenza. Le perplessità iniziano al momento in cui si ventilano ampi margini discrezionali per le regioni sui modelli assistenziali: stiamo vedendo come alcune regioni si affidino ad altre organizzazioni portando la medicina generale verso obblighi che si staccano dall'assistenza. Dal punto di vista della retribuzione ci lascia perplessi l'intento di agganciare il 30% della parte variabile al raggiungimento di risultati, noi non siamo gli alfieri del pagamento a prestazione ma vorremmo una premialità graduale, parte per l'adesione a progetti, parte per i risultati in termini di *output*, e infine quota completa al raggiungimento degli esiti in termini di qualità ed efficacia degli interventi".

Risorse inadeguate

Pende verso l'insoddisfazione, invece, il giudizio dello Smi: "il nuovo testo ha recepito alcune delle proposte avanzate unitariamente, da tutta l'Intersindacale - sostiene **Pina Onotri** - ma gli stanziamenti sono incerti e le risorse appaiono inadeguate a garantire una continuità dell'assistenza h24, medicalizzata, universale, pubblica e di qualità, e fanno pensare a una possibile disparità di trattamento nella destinazione dei fondi tra i diversi settori". La Onotri sottolinea inoltre il rischio di rimanere "ostaggi delle sperimentazioni sul territorio, disorganiche e spesso a costo zero".

Rimangono certo da declinare nel contratto gli indirizzi, non sarà un compito facile, molto dipenderà da come si vuole intendere il prossimo contratto, se si vorrà seguire strade già percorse oppure attualizzare il contesto generale del sistema di cure, non limitandosi a vedere il segmento di categoria della Medicina Generale, ma allargando le vedute, in prospettiva, su tutte le difficoltà che oggi il singolo medico ha nel gestire quadri patologici complessi che devono necessariamente prevedere l'interazione con le reti territoriali ed ospedaliere. Bisogna forse superare le logiche localistiche e di settore e, facendo perno sul rapporto medico-paziente, sviluppare gli strumenti che consentano agli italiani di avere garantito, attraverso il proprio medico di libera scelta, l'accesso al sistema di cure nazionali.