



FP CGIL Medici

Prime valutazioni sulla proposta Fazio sul Riordino delle Cure Primarie

Settembre 2011

La FPCGIL Medici ritiene la bozza sul “Riordino delle Cure Primarie” (modifiche dell’articolo 8 comma 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni) presentata dal Ministero della Salute all’incontro del 26 settembre a Roma, del tutto insufficiente e dannosa anche per i medici. Nonostante abbia scarse possibilità di diventare legge appare necessario un impegno per cambiarla a partire da una diffusione dei suoi contenuti reali e delle nostre posizioni che di seguito sono sintetizzate per i punti più controversi.

Nicola Preiti, coordinatore nazionale FP CGIL Medici Medicina Generale

BOZZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 26 SETTEMBRE 2011

Articolo 8 - Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

L'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito come di seguito:

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie è disciplinato dagli accordi collettivi nazionali, stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

- a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale e dagli accordi integrativi regionali rientrino nell'ambito dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;*
- b) prevedere che la scelta del medico sia liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico modulabile a livello regionale, abbia validità annuale e sia tacitamente rinnovata;*
- c) prevedere l'assegnazione obbligatoria dei medici convenzionati a forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali) che condividono obiettivi, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, Linee Guida, audit, etc. e multi professionali (Unità Complesse di Cure Primarie) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale, secondo modelli individuati dalle singole regioni.*
- d) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nonché la riacquiescenza della scelta da parte del medico qualora ricorrano accertati motivi di incompatibilità;*
- e) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che il medico sia tenuto a comunicare all'azienda sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli. In ogni caso, il pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;*

- f) *definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota per ciascun assistito o per ciascuna ora prestata, definita sulla base di variabili legate alla complessità della casistica degli assistiti, come corrispettivi delle funzioni e attività assistenziali nonché sulla base di eventuali funzioni complementari a quelle assistenziali.*
- g) *le Aziende sanitarie possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative multi professionali (UCCP) fornendoli in forma diretta oppure tramite l'erogazione delle risorse finanziarie necessarie alla acquisizione degli stessi beni e servizi. In tale caso i medici garantiscono un impegno orario di almeno 38 ore settimanali;*
- h) *prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le Aziende sanitarie possano adottare forme di finanziamento a budget fermo restando quanto previsto alla lettera f);*
- i) *prevedere la definizione del profilo professionale del referente/coordinatore delle forme organizzative ;*
- l) *garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e della specialistica ambulatoriale, attraverso le forme organizzative multiprofessionali di cui alla lett. c);*
- m) *prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando alle Regioni la definizione di indicatori e standard per le forme associative multiprofessionali di cui alla lett.c);*
- n) *prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati sia dei medici singoli che delle forme organizzative, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;*
- o) *disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;*
- p) *disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, o titolo equipollente prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzia i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato;*

- q) *prevedere che l'accesso al rapporto convenzionale per lo svolgimento delle attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi e di emergenza territoriale avvenga attraverso una graduatoria unica generale per titoli, predisposta annualmente a livello regionale;*
- r) *regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;*
- s) *l'adempimento del debito informativo, l'adesione all'assetto organizzativo ed al sistema informativo definiti da ciascuna regione costituiscono requisito essenziale e indispensabile per l'acquisizione ed il mantenimento della convenzione;*
- t) *prevedere la possibilità, per le Aziende Sanitarie, di stabilire specifici accordi con i medici operanti nelle forme organizzative multiprofessionali, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito regionale, anche per l'erogazione di specifiche attività assistenziali con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica;*
- u) *prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici convenzionati nella organizzazione distrettuale, le aziende sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione;*

le regioni hanno la possibilità di prevedere l'inquadramento dei medici convenzionati nel ruolo della dirigenza medica, con procedure e modalità analoghe a quelle già previste dal d.lgs. n.502/92 e s.m.i. per il passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale, continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale, e di assegnarli a forme associative multiprofessionali (all'interno di specifiche progettualità innovative per l'erogazione delle cure primarie gestite direttamente dall'Azienda Sanitaria o da altri organismi identificati dalle regioni).

LA POSIZIONE DELLA FPCGIL MEDICI

Lettera a)

Con questa previsione in pratica si vincolano tutti gli accordi nazionale e regionali a prevedere solo attività e funzioni disciplinate dai LEA. Le regioni non potranno decidere attività e funzioni aggiuntive ritenute necessarie o opportune per quel territorio. E i nuovi LEA sono ancora una chimera...

Lettera b)

Si vorrebbe introdurre una modulabilità regionale del limite massimo di assistiti quando innumerevoli sentenze e segnalazioni dell'Antitrust hanno sancito un chiaro principio: più assistiti per medico significa peggioramento della libera scelta del cittadino e dell'assistenza, alterazione della concorrenza, protezionismo e privilegi.

Lettera c)

Non si capisce perché prevedere per legge (assegnazione coatta alle diverse forme organizzative) quello che è già obbligatorio oggi perché scritto nella convenzione adottata sulla base dell'attuale normativa. Ed i risultati sono per ora scarsi. Inoltre questo obbligo vale solo per i medici ed è a scatola chiusa perché prescinde dal modello adottato dalle regioni attraverso accordi sindacali. Si evidenzia inoltre una perdita di ruolo del sindacato ed un vincolo superfluo dal punto di vista normativo, perché le regioni possono decidere diversamente. Si tratta di una cambiale in bianco. Per noi questa rimane materia contrattuale ! Le regioni possono decidere anche per forme organizzative diverse come ad esempio le case della salute.

Lettera e)

Si annacquano i limiti, già blandi, alla libera professione. Si elimina ogni riferimento alla regolamentazione di questa attività. Viene tolto il riferimento al tempo per la libera professione, alle specifiche prestazioni che si possono offrire, ed alla preferenza di accesso alle attività incentivanti per i medici che non svolgono attività libero professionale verso i propri assistiti. Tolto ciò, i controlli non sappiamo su cosa si debbano fare.

Lettera f)

Si stravolge la disciplina della struttura del compenso. Da una quota fissa e due variabili si passa alla nuova proposta nella quale il compenso dovrebbe essere stabilito sulla base “ di variabili legate alla complessità della casistica degli assistiti...e sulla base di funzioni complementari a quelle assistenziali”.

Il reddito quindi si definisce con criteri molto aleatori e difficili da definirsi, con disparità di trattamento che potrebbero innescare anche conflitti legali. Perché poi si prenda questo criterio della complessità degli assistiti come corrispettivo delle funzioni e attività svolte non si capisce proprio. Sarebbe auspicabile considerare direttamente attività e funzioni, a partire dall'integrazione nel sistema dell'emergenza –urgenza.

Lettera g)

La possibilità che le Aziende possano provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative multi professionali è già prevista dall'attuale convenzione, e passa attraverso gli accordi regionali. E che c'entrano la 38 ore settimanali? Se l'azienda non paga si lavora quanto si vuole? E poi qual è l'impegno orario del medico di famiglia? Oggi c'è solo un riferimento indiretto a 40 ore, ma non esiste l'obbligo di reperibilità. E se non si è nelle UCCP quanto bisogna lavorare? Appare poi pericolosa l'erogazione diretta delle risorse finanziarie per l'acquisizione di beni e servizi. Riteniamo infatti che la regia dell'assistenza territoriale debba essere del distretto senza deleghe in bianco.

Lettera h)

Si introduce la possibilità per l'Azienda di adottare forme di finanziamento a budget delle UCCP. Sarebbe un altro sistema sanitario introdotto eventualmente qua e là senza regole e riferimenti.

Lettera i)

In sostanza si introducono per legge dei "primarietti" della Medicina Generale. Ma queste figure sono già previste dalla convenzione vigente, che serve la definizione del "profilo professionale"? Se si tratta di un altro profilo bisogna definirlo precisamente per legge, come per la dipendenza: caratteristiche di accesso, funzioni, modalità di selezione, ecc.

Lettera l)

Questo è già previsto dalla convenzione... senza risultato, ed è uguale al punto e) dell'attuale legge dove però parlava della organizzazione distrettuale del servizio che in questa proposta è cassata. Per noi rimane fondamentale il ruolo del distretto.

Lettera m)

E' la definizione degli standard delle prestazioni. Ma c'è un corto circuito con ruolo delle regioni e ruolo delle convenzioni.

Lettera q)

Si parla di una graduatoria unica invece dell'accesso unico alle cure primarie e dell'istituzione di una unica figura professionale, superando l'attuale figura anacronistica e disfunzionale della guardia medica e garantendo i diritti acquisiti degli attuali medici di famiglia.

Così, invece, la guardia medica rimane nel limbo dell'assistenza territoriale, senza speranza e senza futuro. Senza accesso unico la guardia medica rimane ai margini del SSN e della dignità professionale.

Anche l'emergenza, nonostante la relativa scuola di specializzazione, rimane nella graduatoria unica. In tal modo ad esempio uno dei futuri specialisti in emergenza non potrà accedere alla graduatoria perché non ha il corso di medicina generale. Tale corso non c'entra nulla con l'emergenza. Invece del passaggio alla dipendenza per tutti i medici del 118, anche alla luce della nuova specifica specializzazione universitaria, si vuole mantenere anche la convenzione: si fa lo stesso lavoro con contratti diversi.

Lettera t)

Non si capisce quali siano gli specifici obiettivi e le specifiche attività assistenziali per pazienti affetti da patologia cronica (questo riferimento alla patologia cronica è nuovo). Sembrerebbe qui in contraddizione con il punto a) e non si capisce il rapporto rispetto ai LEA. Inoltre la cura dei pazienti cronici dovrebbe essere una delle funzioni principali dei medici di famiglia.

Lettera v)

Si introduce per la prima volta il passaggio alla dipendenza per i medici di famiglia (anche se questa proposta sembra rientrata), e si ridà questa possibilità per la guardia medica. Si conferma per la medicina dei servizi e 118 come avviene ora. Si lascia di fatto irrisolto il problema del 118 e dopo 20 anni dal 229 non si chiude la fase transitoria per il definitivo passaggio alla dipendenza del settore. Questo è inaccettabile.

Queste osservazioni, valutazioni e proposte sono già state espresse dalla FP CGIL Medici durante l'incontro al Ministero. Su alcune questioni il Ministero ha manifestato apertura verso le nostre proposte e si è impegnato a riscrivere alcuni punti. Vedremo il risultato.