

Linee di indirizzo per l'Accordo Collettivo Nazionale

(Biennio economico 2008 – 2009 e quadriennio normativo 2006 – 2009)

1 Premessa

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.

Va anche considerato che tale percorso si svilupperà, data la complessità degli argomenti in discussione, anche all'interno del prossimo rinnovo contrattuale, e che ora, necessariamente, dovrà riguardare quegli aspetti che sono ritenuti fondamentali per non bloccare il percorso virtuoso iniziato con la sottoscrizione del vigente accordo.

Anche questa fase negoziale rappresenta quindi un momento importante nel percorso di ridefinizione dell'assetto organizzativo delle cure primarie in Italia. L'Accordo dovrà allora rappresentare un momento fondante del percorso che, in applicazione delle indicazioni fornite dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, porterà ad una reale riorganizzazione della medicina convenzionata. Ad oggi infatti, a parte alcune realtà locali, 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.

In particolare, occorrerà procedere con coerenza al completamento del processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale avviato con gli ultimi accordi, salvaguardando la validità dei principi generali indicati nell'Atto di indirizzo del 27 settembre 2007, in occasione dell'avvio delle trattative riguardanti il primo biennio economico 2006/07 e l'intero quadriennio normativo 2006/09. È necessario che la parte normativa venga resa più coerente e funzionale al processo di riorganizzazione avviato individuando chiaramente gli indirizzi e le priorità che, nel rispetto delle specificità dell'assetto organizzativo del sistema sanitario regionale, devono essere perseguiti a livello regionale.

Dal punto di vista economico, 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 ad 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.

L'importanza e la portata degli argomenti oggetto di trattativa fanno sì che il percorso di negoziazione sia particolarmente articolato e suggeriscono di definire i contenuti ritenuti

indispensabili da chiudere rapidamente per permettere una rapida ripresa delle trattative per il prossimo ACN (2010-2013?) che si dovrà occupare di “riscrivere” le convenzioni adeguandole in maniera puntuale al nuovo assetto organizzativo.

2 Indirizzi generali di riferimento

Relativamente agli indirizzi cui dovrà uniformarsi il processo negoziale di imminente apertura, si ritiene di formulare le indicazioni seguenti:

2.1 Assetto organizzativo e compiti delle AFT e UCCP

Il nuovo accordo 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 ad operare, demandando al livello regionale la definizione delle caratteristiche organizzative e delle funzioni del coordinatore/referente.

Il processo di aggregazione di medici di medicina generale, pediatri e specialisti convenzionati, avviato con gli ultimi accordi deve risultare funzionale sia al potenziamento di attività svolte dal singolo professionista che alla generazione ed 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 l'area dell'assistenza sociosanitaria, che coinvolge professionisti sanitari, sociosanitari e sociali, ha sviluppato in questi anni una logica di integrazione di funzioni e professionalità, partendo dalla necessità di assicurare la presa in carico di specifici target, come, ad esempio gli anziani non autosufficienti. Tale funzione di case management 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.

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

2.2 Interventi sul compenso

Riconosciuta la necessità di andare ad 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), si ritiene importante in questa fase andare ad 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...) delegando al livello regionale le

modalità di individuazione dei soggetti, l'identificazione dei percorsi ed il sistema di monitoraggio e verifica.

2.3 *Il sistema delle relazioni professionali, l'integrazione tra gli operatori*

Vanno disciplinate le relazioni funzionali tra i vari professionisti che operano nell'UCCP e le Aziende sanitarie di riferimento in tutte le loro articolazioni territoriali.

2.3.1 Le relazioni con l'utenza e l'accesso al servizio.

Fatto salvo il rapporto di fiducia che deve restare l'elemento caratterizzante la relazione tra l'assistito e il medico curante e tenuto conto del valore della capillarità territoriale della medicina di famiglia, nel nuovo contesto maggiormente orientato alla collaborazione tra professionisti, i rapporti con l'utenza possono essere innovati almeno sotto quattro distinti profili:

- apertura giornaliera, per almeno 12 ore, di una sede di riferimento presso la quale opereranno, a turno, tutti i professionisti delle UCCP con possibilità di accesso in tempo reale ai dati clinici di tutti gli assistiti di quella UCCP;
- individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la medesima sede centrale;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale grazie ad una più funzionale divisione del lavoro dei professionisti, con individuazione di personale infermieristico dedicato;
- sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi rivolti ai casi più complessi;

2.3.2 Relazioni con l'Azienda sanitaria.

Presupposto fondamentale per il funzionamento di questo sistema è l'individuazione di una figura di riferimento dell'UCCP che svolga funzioni di coordinamento e di rappresentanza presso gli organismi istituzionali della Azienda. Le caratteristiche, le funzioni e le responsabilità di tale figura verranno definite a livello regionale.

Lo sviluppo di tutte le funzioni "innovative" sopra indicate richiede la progettazione, la condivisione e il monitoraggio di piani d'intervento, quale ad esempio il programma della attività territoriali, capaci di legare stabilmente l'offerta di servizi delle UCCP a quella degli altri presidi territoriali e non territoriali.

2.4 *Il tema degli accordi regionali*

L'ambito della medicina convenzionata soffre da tempo dell'anomalia dei tre livelli di contrattazione (nazionale – regionale – aziendale). Tale anomalia, oltre che difficile da gestire dal punto di vista dello sviluppo anche temporale degli obiettivi regionali ed aziendali di assistenza, determina lunghi percorsi di negoziazione che, oltre a sovrapporsi alle trattative nazionali, finiscono con l'incentivare istituti già definiti a livello nazionale e snaturare il significato della contrattazione decentrata. Si tratta di uscire da questa logica che spesso è meramente incrementale dal punto di vista economico e determina un

utilizzo di risorse su obiettivi spesso già finanziati, vanno quindi concordate indicazioni che servano da riferimento per lo sviluppo degli Accordi Integrativi. In tale ambito, a titolo esplicativo, obiettivi specifici da perseguire possono essere:

- 1) miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e l'adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti da PDTA condivisi;
- 2) definizione e monitoraggio di indicatori di qualità assistenziale anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;
- 3) misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica.

Al livello regionale è inoltre lasciata l'opportunità di sperimentare modalità di remunerazione delle UCCP che, nel perseguire gli obiettivi assistenziali delle Aziende, ne accrescano la responsabilità professionale e di risultato, in modo tale da favorire la loro capacità di porsi come interlocutori qualificati a tutela del percorso assistenziale del cittadino.

Relativamente alla tempistica della contrattazione a livello regionale, una possibile soluzione potrebbe essere rappresentata dalla definizione preventiva di un'alternativa, automatica e concordata, all'accordo regionale, da utilizzarsi in caso di ritardo eccessivo nella stipula dell'AIR. Tale accordo "sostitutivo" dovrebbe essere necessariamente standardizzato e sintetico, capace di collegare quanto più possibile i contenuti specifici dell'ambito regionale ai principi e ai criteri definiti attraverso l'accordo nazionale, ma soprattutto dovrebbe rappresentare in termini economici una soluzione disincentivante per entrambi i contraenti, in modo da indurli a preferire la strada maestra.

2.5 ICT, scheda sanitaria, sistema informativo

L'accordo sottoscritto nel luglio del 2009 ha stabilito il prerequisito dell'informatizzazione del professionista per l'accesso ed il mantenimento della convenzione. In particolare, rientra tra le attività remunerate a quota capitolaria la trasmissione, da parte del MMG alla propria azienda, delle informazioni relative a:

- richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema
- accesso allo studio medico, con o senza visita medica
- visite domiciliari
- prestazioni aggiuntive
- assistenza domiciliare (ADP/ADI);

Lo stesso accordo ha inoltre stabilito che il medico aderisca ed utilizzi i sistemi informativi messi a disposizione dalle Regioni secondo modalità e strumenti definiti a livello regionale. Particolare importanza, da questo punto di vista, assumono gli adempimenti relativi alla Tessera Sanitaria ed alla ricetta elettronica, già ricompresi nei compiti dell'ACN del 29 luglio 2009.

Senza il ricorso a risorse aggiuntive, vanno definite quelle attività di comunicazione a cui il medico è tenuto ad uniformarsi, quando la regione ha realizzato la rete informatica regionale/aziendale. Si raccomanda inoltre che gli standard di comunicazione ed il trasferimento su supporti informatici di ciò che ora è su supporto cartaceo facciano parte integrante del nuovo rapporto convenzionale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di posta elettronica certificata.

Sempre senza il ricorso a risorse aggiuntive, vanno definiti i contenuti dei flussi informativi che i medici convenzionati sono tenuti ad alimentare, con particolare riferimento a quelle categorie di soggetti affetti da patologia cronica che saranno oggetto di incremento di quota capitaria, come indicato al punto 2.2.

E' evidente che nel contesto attuale l'indennità di collaborazione informatica è un istituto obsoleto, in particolare in quelle realtà regionali dove i costi della rete sono sostenuti dalla regione. Ciò comporta inevitabilmente che le risorse previste dall'ACN per la collaborazione informatica vengano riconvertite sull'acquisizione del patient summary o di altri strumenti di e-health individuati dalle regioni.

2.6 Revisioni delle disposizioni convenzionali

I rinnovi degli ACN susseguitisi negli anni hanno portato ad una "stratificazione" di disposizioni convenzionali che spesso risultano di difficile comprensione ed applicazione; diventa importante procedere ad una revisione complessiva di tali disposizioni adeguandole al nuovo assetto organizzativo. Un aspetto rilevante di tale revisione riguarda il tema delle incompatibilità, che va reso coerente ed omogeneo nelle diverse convenzioni.

Considerata la quantità di tempo necessaria per tale revisione, va concordato con le rappresentanze della medicina convenzionata un impegno a riprendere tale attività in tempi brevi, compatibilmente con la riapertura delle trattative per l'ACN 2010 – 2013.

2.7 Medicina penitenziaria

Il riordino della medicina penitenziaria ed il trasferimento al SSN sia delle funzioni precedentemente in capo al Ministero della Giustizia che del personale operante negli istituti penitenziari, compreso i medici che svolgono attività di medicina generale, comportano la definizione di una specifica disciplina che regolamenti l'attività dei medici di medicina generale in ambito penitenziario. Si ritiene pertanto di individuare un settore specifico denominato "medicina penitenziaria" che preveda:

- requisiti e modalità di accesso;
- compiti e funzioni;
- elementi costitutivi del rapporto di lavoro
- trattamento economico, assicurativo e previdenziale.

3 Altri indirizzi di riferimento relativi alla pediatria di libera scelta

In considerazione delle difficoltà ad inserire nuovi nati fra gli assistiti dei PLS in quanto la maggior parte dei professionisti ha già raggiunto e, in molti casi, superato il massimale

previsto dall'ACN si rende necessario demandare al livello regionale la definizione di modalità di gestione delle liste degli assistiti che garantiscano l'inserimento dei bambini in fascia di età 0-6 anni, anche considerando quanto indicato al punto 2.2.

Dovranno inoltre essere previste indicazioni per le condizioni di opportunità delle visite domiciliari da parte dei PLS.

4 Indirizzi di riferimento relativi alla specialistica ambulatoriale

È auspicabile un rafforzamento delle competenze e delle funzioni del responsabile di branca anche con riferimento alle attività dell'UCCP.