

## **Atto di indirizzo per la medicina convenzionata**

### **Premessa**

L'approvazione del Decreto Balduzzi, oltre alla necessità di rivedere gran parte dell'impianto normativo degli ACN vigenti, ha aperto e stimolato tra le Regioni, anche in considerazione delle esperienze nazionali ed internazionali in atto, una profonda riflessione sulla necessità di rivedere e riorganizzare il modello assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale, nella parte che riguarda l'assistenza territoriale.

Le esperienze in atto e gli orientamenti internazionali, evidenziano infatti la necessità di lavorare in modalità multiprofessionale, con il ricorso a strutture territoriali di riferimento (Case della Salute, UCCP, etc.) per l'erogazione dell'assistenza primaria nel senso più ampio del termine, con percorsi di integrazione interdisciplinare e in raccordo con gli operatori del sociale, utilizzando anche strumenti evoluti di scambio informativo sia che tra i professionisti, le Aziende sanitarie e l'amministrazione regionale. La realizzazione delle reti informatiche/informative, dovrà essere funzionale alla facilità di accesso ai servizi da parte del cittadino. Tale sviluppo organizzativo dovrà comunque mantenere anche la capillarità tipica della medicina generale e della pediatria di libera scelta, in particolare in quelle realtà territoriali che per caratteristiche oro-geografiche necessitano una particolare distribuzione dei servizi di base nell'interesse della popolazione di riferimento.

È quindi necessaria una profonda revisione del modello assistenziale territoriale che, facendo affidamento sui medici convenzionati, promuova, diversamente da quanto già succede, l'erogazione dell'assistenza primaria con modalità multiprofessionali ed integrate.

I medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta, pur mantenendo il fondamentale rapporto fiduciario con i propri assistiti, dovranno essere inseriti, così come indicato dalla L.189/2011, in un modello organizzativo definito dalle Regioni, che permetta la condivisione delle competenze, una gestione più efficace e più efficiente delle patologie croniche ed un generale miglioramento delle capacità di presa in carico dei pazienti.

Mentre alla convenzione nazionale è affidata l'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN, la revisione ed implementazione del modello organizzativo dovrà essere lasciata esclusivamente all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali. Alle convenzioni nazionali è ovviamente affidato l'importante compito di fornire indicazioni di carattere generale rispetto ai modelli organizzativi per garantire una certa omogeneità di servizio a livello nazionale.

Peraltro la situazione economica nazionale, internazionale e regionale impone al servizio sanitario nazionale una radicale revisione dell'intero modello assistenziale che deve far affidamento anche su un migliore utilizzo della medicina del territorio. Il successo della

revisione della rete ospedaliera, così come imposto dalla *spending review*, non può infatti non dipendere anche dalla riorganizzazione e dal rafforzamento della medicina territoriale che dovrà anche dotarsi di strutture di degenza territoriale (ospedali di comunità) organizzati per bassa intensità assistenziale, a gestione infermieristica.

Occorre inoltre riscrivere le convenzioni che mostrano carenze, obsolescenze e difficoltà interpretative spesso derivanti da una stratificazione di norme che si sono succedute nel tempo. Peraltro il rapporto di lavoro di tipo convenzionale non fa affidamento su alcuna normativa nazionale di riferimento, rendendone pertanto complessa l'interpretazione e l'applicazione. In particolare occorre riscrivere le norme che regolano la rappresentanza e l'attività sindacale.

L'art.1 della Legge 189/2012, accanto a nuove disposizioni per le Regioni, detta nuovi indirizzi per gli Accordi Collettivi Nazionali relativi all'area del personale convenzionato, innovando per molti aspetti il testo dell'art.8 del D.Lgs 502/92 e smi.

Inoltre la Legge, come previsto al comma 6, indica dei tempi e delle priorità nell'adeguamento degli accordi collettivi nazionali, che deve avvenire con particolare riguardo ai principi di cui ai punti: b-bis) disciplina delle forme organizzative mono e multi professionali; b-ter) adozione di eventuali forme di finanziamento a budget delle forme organizzative multi professionali; b-quater) principali caratteristiche del coordinatore delle AFT e delle UCCP; b-quinquies) disciplina delle modalità con cui si dotano le forme organizzative (AFT e UCCP) dei fattori produttivi necessari; b-sexies) disciplina delle modalità attraverso cui le Aziende Sanitarie concordano i programmi di attività delle forme organizzative (AFT e UCCP) e definiscono i conseguenti livelli di spesa; h) disciplina dell'accesso al ruolo unico della medicina generale; h-bis e h-ter) disciplina dell'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta e di specialista ambulatoriale.

Si ritiene quindi opportuno procedere alla revisione complessiva degli ACN (medicina generale, pediatria e specialistica ambulatoriale) allo scopo di:

- a) renderli strumento attivo di una radicale trasformazione dell'organizzazione e delle modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni di assistenza primaria;
- b) conferire maggiore chiarezza e maggiore coerenza interna al testo degli stessi;
- c) introdurre le disposizioni del D.Lgs 150/2009 in quanto applicabili al settore del convenzionamento;
- d) snellire la struttura degli ACN cercando di orientarli maggiormente verso gli indirizzi e i principi generali, per lasciare più spazio ai livelli decentrati di contrattazione nel rispetto dell'autonomia e delle competenze regionali conferite dal titolo V della Costituzione.

## **Indirizzi per i nuovi ACN**

Il processo di revisione e aggiornamento degli ACN vigenti deve avvenire senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica.

In sintesi, si tratta da un lato, di rivedere e completare le norme vigenti relative alle AFT e alle UCCP, per renderle più rispettose del nuovo testo dell'art. 8, comma 1 del D.Lgs 502/92; dall'altro di introdurre e disciplinare nell'ACN della Medicina Generale il nuovo istituto del ruolo unico della medicina generale. Inoltre, i nuovi ACN devono recepire, in modo esplicito e non ambiguo, il principio della obbligatorietà dell'adesione dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, così come previsto dal punto m-ter del comma 2, art.1 della legge in questione.

Tale processo di aggiornamento e integrazione degli ACN vigenti che dovrà riguardare anche altri aspetti rispetto a quelli citati, quali ad esempio: rappresentatività e diritti sindacali, modalità di compenso dei professionisti convenzionati, integrazione professionalità per l'assistenza nelle carceri, deve avvenire per tutti i livelli negoziali, senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica.

I nuovi principi introdotti nell'art.8 del D.Lgs 502/92 chiedono prima agli Accordi nazionali e successivamente a quelli regionali, di delineare un assetto organizzativo dei servizi territoriali delle cure primarie che, per la componente convenzionata, sia strutturato esclusivamente attorno a due forme organizzative, le AFT e le UCCP inserite in una rete di strutture territoriali di riferimento, entro le quali si deve sviluppare l'attività dei vari professionisti, collegate attraverso la programmazione delle attività e la definizione dei livelli di spesa al Distretto sanitario. Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra, assieme a loro pari (nelle AFT) o assieme ad altri professionisti (nelle UCCP), collegati alla rete informatica, al sistema informativo nazionale e al resto della rete dei servizi regionali, rappresenta il modo per garantire l'assistenza per l'intero arco della giornata e per 7 giorni la settimana, ridurre il bisogno di impegnare i servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentare l'efficienza complessiva del SSN e quindi operare a favore della sua sostenibilità.

Per facilitare il processo di integrazione tra i professionisti convenzionati, in particolare tra i medici di medicina generale, è previsto che si istituisca il ruolo unico della medicina generale, vale a dire uniformi requisiti e modalità di accesso alle funzioni oggi ricomprese in questo settore di attività in particolare l'assistenza primaria e la continuità assistenziale. Tale processo tuttavia deve avvenire fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali (comma 3, art.1. Legge 189/2012).

Tenuto conto dell'obbligatorietà dell'adesione alle forme associative definite dalle regioni (AFT E UCCP) – a cui è affidato costituzionalmente il compito della definizione dell'assetto organizzativo dei servizi – e alla rete informatica e informativa, quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione, compiti specifici delle nuove convenzioni nazionali sono quelli elencati di seguito:

- Le Regioni, entro sei mesi dalla sottoscrizione dell'ACN, provvedono a definire la programmazione regionale finalizzata alla definizione del percorso per il superamento di tutte le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo, ecc.), per sostituirle con le AFT e le UCCP, tenendo conto delle proprie specificità;
- In invarianza delle risorse economiche attualmente investite sui medici convenzionati, va previsto il riutilizzo delle indennità e degli incentivi ora erogati per lo sviluppo strutturale ed organizzativo (associazionismo, indennità informatica, incentivi per il personale o altro) allo scopo di finanziare i fattori produttivi delle AFT e UCCP, secondo modalità definite dalle Regioni.
- Prevedere che nell'ambito della revisione del trattamento economico dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, la quota per assistito resti definita nell'ambito dell'ACN, la parte restante (quota variabile e quota per servizi) andrà regolamentata all'interno dei nuovi Accordi Regionali, garantendo l'invarianza delle risorse finanziarie rese disponibili dal vigente ACN.
- Definire le caratteristiche generali (funzioni, competenze professionali), nonché i compiti e i criteri di selezione del referente o coordinatore delle AFT e delle UCCP, lasciando poi alla programmazione regionale i criteri specifici da definire in relazione alle modalità organizzative di ogni singola regione;
- Individuare condizioni generali, requisiti di massima, tempi e modalità con cui le Regioni, sulla base delle rispettive specificità ed in coerenza con la programmazione regionale, provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle AFT e delle UCCP sulla base di accordi regionali che non devono comportare a qualsiasi titolo oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. Tra le condizioni va inserita la necessità di supportare attraverso la disponibilità dei fattori produttivi solo l'attività istituzionale svolta dal medico e non anche quella libero-professionale. Gli accordi regionali dovranno individuare strumenti e procedure finalizzati al rispetto di tale principio;
- Definire le linee di indirizzo per le modalità e le caratteristiche della divisione del lavoro tra i professionisti che compongono sia l'AFT che l'UCCP, anche in relazione all'istituzione del ruolo unico, capace di garantire in raccordo con gli altri servizi della rete assistenziale, una copertura assistenziale giornaliera per 7 giorni la settimana a livello distrettuale. L'istituzione del ruolo unico dovrà anche facilitare la possibilità di una riorganizzazione degli orari di attività della medicina generale, per

un'effettiva continuità assistenziale, sulla base della programmazione regionale che preveda la definizione del raccordo funzionale con le centrali operative del 118. Tra le modalità va incluso il processo di riconversione delle strutture ospedaliere e/o la realizzazione di strutture territoriali e/o organizzative interdisciplinari di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria, coerenti con la programmazione regionale;

- Prevedere i criteri e i principi attraverso cui le aziende sanitarie locali individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle AFT e delle UCCP e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati anche avvalendosi delle forme di finanziamento a budget che le stesse aziende sanitarie possono adottare nei confronti delle UCCP;
- Prevedere criteri e principi per la definizione di standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;
- Istituire il ruolo unico della medicina generale e prevederne l'accesso a mezzo di una graduatoria unica per titoli annualmente stilata a livello regionale, secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali. Vista la complessità dell'istituto, l'ACN dovrà prevedere le modalità di applicazione della norma a partire dalla realizzazione compiuta del nuovo assetto organizzativo (AFT e UCCP);
- Prevedere l'unificazione dei testi delle convenzioni delle figure coinvolte (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) al fine di agevolare l'istituzione del ruolo unico;
- Al fine di garantire l'uniformità dell'erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, prevedere l'indicazione di un rapporto ottimale omogeneo sul territorio nazionale; la programmazione regionale, anche alla luce di necessità di specifiche modalità organizzative e/o caratteristiche oro-geografiche, può introdurre variazioni attraverso accordi regionali;
- Prevedere anche per la pediatria di libera scelta che l'accesso alla graduatoria per titoli predisposta annualmente dalla regione avvenga secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali e modificabile in base al principio di cui al punto precedente, tenendo conto in particolare della necessità di tutela dei soggetti più giovani e fragili;
- Orientare i contenuti assistenziali della Pediatria di Libera Scelta ad attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce, percorsi di gestione delle patologie croniche e continuità dell'assistenza diurna in raccordo con il livello ospedaliero;
- Prevedere, nell'ambito dell'assistenza in età pediatrica, modalità di lavoro e percorsi di integrazione con il livello ospedaliero che garantiscano una reale continuità dell'assistenza in particolare per i soggetti più giovani e fragili;

- Prevedere per l'ambito della Specialistica Ambulatoriale Interna, una maggiore integrazione di questi professionisti, attraverso la assegnazione e la partecipazione formalizzata alle nuove forme organizzative, sia AFT che UCCP, definite dalla programmazione regionale;
- Rivedere la normativa in tema di rappresentatività e diritti sindacali, senza costi aggiuntivi a carico della finanza pubblica, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale. Va rivisto il meccanismo di quantificazione e di attribuzione delle ore disponibili per l'attività sindacale e le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacali;
- Verificare la coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative del D.Lgs 150/09 e procedere agli eventuali adeguamenti;
- Per il monitoraggio degli esiti dell'Accordo, al fine di seguire l'evoluzione del cambiamento prefigurato dall'accordo medesimo, va istituito un flusso informativo dalle regioni verso SISAC, che contenga le principali voci di spesa e i principali elementi costitutivi dell'assetto organizzativo regionale dell'organizzazione territoriale;
- A definizione della programmazione del nuovo assetto previsto (AFT/UCCP), le regioni avviano la contrattazione per la definizione dell'Accordo Integrativo Regionale che deve essere perfezionato entro 12 mesi, termine oltre il quale la regione provvede unilateralmente, a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali, sino alla sottoscrizione del nuovo accordo.

*Roma, 12 febbraio 2014*