

Convenzione nuova? No, solo nuova convenzione

Ovidio Brignoli, Mattia Cioffi

Il nuovo accordo collettivo nazionale dei medici generali è stato firmato. Siamo in attesa dell'iter burocratico per la pubblicazione; la caduta del governo e la nomina di un nuovo ministro speriamo non pregiudichi questo iter già travagliato.

Il testo integrale è presente nel sito nazionale della SIMG (www.simg.it) , ne consigliamo la lettura integrale.

In questo numero della nostra rivista vogliamo analizzare e commentare dettagliatamente i punti nuovi dell'accordo dal punto di vista della professione e delle sue possibilità di sviluppo.

Il testo è così strutturato:

DICHIARAZIONE PRELIMINARE

capo 1 PRINCIPI GENERALI

capo 2 L'ASSISTENZA PRIMARIA

capo 3 LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

capo 4 LE ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

capo 5 L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

capo 6 GLI ACCORDI REGIONALI

DICHIARAZIONE PRELIMINARE

E' la premessa politica della Convenzione e,rispetto alla precedente,è integrata dai principi del Decreto Legislativo 229/99,particolarmente in materia di :

1. continuità e globalità dell'assistenza del medico di medicina generale compresi gli aspetti del suo coinvolgimento nella organizzazione distrettuale e ad una sua partecipazione alle attività delle Aziende
2. partecipazione in via sperimentale alle équipes territoriali multidisciplinari
3. coinvolgimento del MMG nelle problematiche distrettuali concernenti la sua partecipazione attiva agli aspetti gestionali relativi all'uso delle risorse assegnate al distretto
4. lo sviluppo della funzione di verifica dell'appropriatezza nell'uso delle risorse assegnate al distretto
5. la disciplina della libera professione
6. la nuova disciplina della formazione professionale basata sulla previsione di crediti formativi obbligatori
7. l'adeguamento della struttura del compenso.

Viene inoltre definito il ruolo delle Regioni,cui vengono affidati,attraverso la possibilità di promuovere e stipulare appositi accordi,ampi ed esclusivi spazi di contrattazione in merito a:

- *forme e modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione delle prestazioni,quali l'associazionismo medico,i processi assistenziali per protocolli correlati alle patologie sociali,gli interventi specifici per la popolazione anziana la proprio domicilio,nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività,l'assistenza sanitaria aggiuntiva e diversamente strutturata a tossicodipendenti,malati di AIDS,malati mentali. A queste possibilità si aggiungono quelle per le procedure di verifica della qualità dell'assistenza, per lo svolgimento di attività di ricerca epidemiologica,per la didattica,per l'acquisizione di dati sanitari,per l'attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale e presidi delle Aziende sanitarie anche attraverso il collegamento tra studi professionali e centri unificasti di prenotazione*
- *economicità della spesa. Nell'ambito dei principi ispiratori della più recente e fondamentale produzione giuridica in materia sanitaria,a partire dal riordino*

- *del SSN,una particolare attenzione è dedicata alla previsione di modalità per concordare livelli di spesa programmati e per responsabilizzare il medico al loro rispetto. L'accordo segna il punto di passaggio da una sperimentazione lasciata alla spontaneità degli interessati alla indicazione di una serie di criteri guida come principi di riferimento nella stipulazione delle intese.*
- **Il medico convenzionato per la medicina Generale ha quindi compiti di:**
 - *assistenza primaria,anche nell'ambito familiare,con impostazione di un programma diagnostico e terapeutico ed eventualmente riabilitativo facendo ricorso a tutti i supporti che la tecnologia offre.*
 - *Assistenza programmata a domicilio,nelle residenze protette e nelle collettività,che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani,invalidi o ammalati cronici,di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero,e di pazienti in fase terminale,coordinando l'assistenza domiciliare*
 - *Continuità assistenziale,compresa l'emergenza sanitaria territoriale,onde garantire in maniera permanente la globalità dell'assistenza primaria.Tale continuità si realizza anche attraverso l'integrazione con gli altri servizi e presidi distrettuali e ospedalieri e con l'utilizzazione di sistemi informativi per la fornitura di dati necessari per il buon andamento del servizio in termini di efficacia e di efficienza.*
 - *Educazione sanitari e assistenza preventiva individuale che ha come obiettivi la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria.Al medico di medicina generale possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale da espletare nel proprio ambulatorio ovvero secondo orari predeterminati anche nell'ambito dei servizi e presidi gestiti direttamente dall'azienda.*
 - *Ricerca,sia in campo clinico sia epidemiologico,e didattica,sia nei confronti del personale sia dei colleghi in fase di formazione.*

La dichiarazione preliminare è l'esplicitazione di una medicina generale dei sogni copiata dagli antichi sacri testi della SIMG ormai ampiamente superati , che vede un medico totipotente onnipresente e fornito di strumenti e di supporti adeguati per realizzare prevenzione diagnosi e cura educazione sanitaria formazione didattica e ricerca.

Ha senso affermare queste cose senza definire come, quando con quali ritorni economici per il medico possano essere praticate e misurate dal Servizio Sanitario Nazionale?

Come si fa a collaborare con l'ospedale pubblico o privato o con i centri specialistici che continuano a moltiplicare l'offerta di servizi evitando discussioni con i pazienti irresistibilmente attratti da questi richiami ?

Perché il medico di mg deve primariamente occuparsi dei livelli programmati di spesa quando perseguire l'efficacia clinica attraverso l'efficienza quasi sempre genera risparmi a lungo tempo? E perché solo il mg deve occuparsi di questo visti che i colleghi specialisti ed ospedalieri ignorano bellamente le note CUF e le linee guida che loro scrivono per gli altri ?

CAPO 1 PRINCIPI GENERALI

Art 1 Campo di applicazione

Correla le attività assistenziali della Convenzione al rispetto dei livelli uniformi di assistenza indicati dalla programmazione sanitaria

Art. 3 Titoli per la formazione delle graduatorie

Grandi e interessanti novità riguardo ai punteggi per l'emergenza sanitaria territoriale, per la medicina dei servizi, per le attività territoriali programmate, per il servizio militare da laureati in medicina, per gli ufficiali medici, per coloro che svolgono il servizio civile per scopi umanitari e per la gravidanza.

Il punteggio per il tirocinio in MG è fissato a 7,20 punti

Riserve. Coloro che hanno frequentato il tirocinio hanno una riserva di posti che varia dal 60% allo 80% sulla base di accordi regionali

I medici che hanno il doppio titolo possono concorrere per entrambe le graduatorie ma devono indicare volta per volta a quale vogliono concorrere

Questo articolo premia e conferma il buon lavoro svolto dalla SIMG che da anni si batte per la formazione specifica in medicina generale e per un idoneo periodo di tirocinio teorico pratico. Le percentuali sono comunque limitate dalle norma transitoria 2 per permettere un corretto utilizzo delle graduatorie

NORMA FINALE N. 5

1. Le parti convengono che, in caso di mancato rinnovo contrattuale, il conferimento degli incarichi di assi-stenza

primaria e di continuità assistenziale relativi agli ambiti territoriali e agli incarichi vacanti rilevati dal

2001 avviene nella misura del 67% e del 33% a favore rispettivamente degli aspiranti di cui all'articolo 3,

comma 6, lettera a) e lettera b).

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due

percentuali di aspiranti, le stesse vengono assegnate all'altra percentuale di aspiranti.

NORMA TRANSITORIA N. 2

1. Nell'anno di pubblicazione del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si utilizzano i criteri di

assegnazione e la graduatoria regionale di cui al D.P.R. 484/96.

2. Nell'anno successivo a quello di pubblicazione del presente Accordo, per l'attribuzione degli incarichi si

utilizza la graduatoria redatta ai sensi del D.P.R. 484/96.

Art. 4 Incompatibilità.

I medici che si occupano delle visite fiscali sono incompatibili per l'ambito territoriale di competenza, i medici delle terme sono incompatibili nei confronti dei loro assistiti (per tale rapporto di lavoro si limita il massimale). Fatti salvi i diritti acquisiti i medici pensionati sono

incompatibili con esclusione di coloro che godono della sola pensione del Fondo Generale.

Art. 5 Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale.

La differenza tra sospensione del rapporto e dell'attività professionale viene meglio precisata ai fini della definizione delle differenti modalità di sostituzione e del calcolo dell'anzianità di servizio.

Per la sospensione dall'incarico, che non configura anzianità di servizio, la sostituzione è predisposta dalla ASL mentre per la sospensione dall'attività è il medico che provvede a designare il sostituto; in questo caso l'anzianità di servizio è mantenuta.

Il periodo di allattamento, l'assistenza ad anziani o minori e a familiari non autosufficienti, la partecipazione a iniziative di carattere umanitario o di solidarietà sociale o l'incarico di direttore di distretto sono iniziative che prevedono la sospensione della attività professionale.

ART. 6 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE

1. Il rapporto tra le Aziende e i medici di medicina generale cessa:

- a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.L.vo n. 229/99, che è facoltà del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.L.vo 30/12/92, n. 503;
- b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 16;
- c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso;
- d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 4;
- e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 22;
- f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei medici competente per territorio.

2. L'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal pre-sente accordo e dagli accordi regionali e retribuite nella quota fissa e in quella variabile del compenso, e l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente Accordo, contestati secondo le procedure previste dall'articolo 16, comporta il venir meno del rapporto col Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. c, del D.L.vo n. 502/92, e successive modificazioni.

3. Il medico che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di assistenza primaria non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 150 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento è adottato dalla competente azienda, sentiti l'interessato e il comitato di cui all'art. 11.

4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2 nonché, nel caso di cui al punto e) del comma 1, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione.

5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.

6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.

In questo articolo è evidenziata la cassazione per età come previsto dalla normativa vigente, tale comma è comunque sospeso dalla norma transitoria n 8

NORMA TRANSITORIA N. 8

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del D.L.vo n. 229/99 dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, le parti convengono che il termine per l'entrata in vigore a regime del limite di età per la cessazione del rapporto convenzionale previsto dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo Collettivo Nazionale, sarà individuato a seguito di specifica intesa tra le parti firmatarie della presente convenzione nazionale, dopo che saranno definiti e disciplinati nelle sedi competenti con il concorso dell'ENPAM e delle parti firmatarie stesse, gli aspetti ed effetti previdenziali conseguenti all'introduzione dei nuovi limiti di età, secondo quanto stabilito dall'art. 15-nonies del D.L.vo n. 229/99.

2. Fino a quando non entrerà in vigore il limite di età stabilito dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo Collettivo Nazionale continua ad applicarsi l'art. 6, comma 1, lettera a) del DPR n. 484/96.

Art.7 Comunicazione del medico all'azienda

In caso di sciopero il medico è tenuto a comunicare all'azienda l'eventuale non adesione all'agitazione prima delle 24 ore precedenti l'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma. Tale comunicazione non è dovuta se si astengono dal lavoro le sigle sindacali che non anno firmato l'ACN e nel caso in cui il sindacato di appartenenza abbia comunicato all'azienda la non adesione allo sciopero, o la sospensione o la revoca dello stesso.

Art.8 Formazione continua.

Questo articolo totalmente riscritto secondo le disposizioni della 229/99 distingue l'aggiornamento professionale dalla formazione permanente.

Al medico di MG sono assegnati crediti formativi secondo i criteri definiti dalla Commissione Nazionale per la formazione continua e dalle norme vigenti. Il medico che non raggiunge nell'arco di un triennio un minimo di crediti formativi non può censire nuove scelte, il medico ha l'obbligo di frequentare i corsi sui bisogni organizzativi del servizio. Il venir meno di tale obbligo comporta per il MG una serie di sanzioni, graduate a seconda della continuità dell'assenza. Le aziende provvedono alla attuazione e all'organizzazione dei corsi. I temi della formazione obbligatoria saranno scelti nel rispetto delle indicazioni della Commissione nazionale per la formazione continua. I corsi si svolgono il sabato mattina per almeno 10 sabato per almeno 40 ore annue.

Con accordi a livello regionale tra Regione e Sindacati medici di MG maggiormente rappresentativi, sentiti gli ordini dei medici e le società professionali della MG saranno prese iniziative per:

- L'attuazione dei corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici di MG
- Il fabbisogno regionale di animatori di formazione e docenti di MG
- La creazione di un elenco regionale di animatori di formazione con idoneità acquisita nei corsi di cui al primo punto o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla regione, da individuarsi tra i medici di MG, sulla base di espliciti criteri di valutazione, tra i quali deve essere previsto un curriculum formativo.
- I criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in un apposito elenco
- Le modalità e i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di scuole regionali con proprio statuto

Le società scientifiche della medicina generale e la SIMG in particolare modo che in questi anni in collaborazione con il sindacato hanno acquisito il know how necessario per realizzare una formazione di qualità sono ex abrupto eliminate dal processo formativo ed hanno la necessità di riaccreditarsi; la formazione diviene appannaggio di regioni e sindacati che seppur privi di qualsiasi esperienza dovrebbero, senza accreditarsi, diventare i protagonisti. Le società scientifiche possono ovviamente continuare a fare la formazione ma devono essere accreditate dalla commissione di cui all'articolo 16 ter del D.L. n. 502/92. Mi sembra un brutto passo indietro che riporta la situazione a circa venti anni fa quando ci si poteva aggiornare e formare durante le esibizioni delle vedettes che di solito precedevano un ricco buffet. Mi chiedo quale sia il rationale di buttare a mare l'esperienza maturata da gran parte dei medici di medicina generale che si sono iscritti alle società scientifiche perché intendevano arricchire e migliorare il loro bagaglio culturale personale e che ora devono recarsi alla cerimonia del "sabato del villaggio" per ricevere la medaglietta e il timbro ASL.

Nella nuova formulazione dell'articolo sono stati incomprensibilmente esclusi anche gli Ordini dei Medici che da sempre hanno collaborato con le regioni e i medici generali per raggiungere gli obiettivi dell'aggiornamento.

Una ultima considerazione si riferisce alla norma sanzionatoria per chi non raggiunge il minio dei crediti che è un modo corretto per rendere la norma cogente, manca il riconoscimento per chi svolge il proprio aggiornamento in maniera regolare; si potrebbe essere portati a fare il minimo necessario.

Resta comunque la nostra opinione che la formazione sia del medico ed è lui che si organizza il curriculum sempre rapportandosi con le esigenze di servizio e con le peculiarità che la propria funzione esige.

L'art. 8 è comunque sospeso secondo quanto recita la norma transitoria n 5.

NORMA TRANSITORIA N. 5

1. In attesa della effettiva operatività delle norme concernenti la formazione professionale da attuarsi secondo la disciplina prevista dal D.L. n. 502/92, come successivamente modificato, ed in base all'art. 8 del presente Accordo, continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'art. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale reso esecutivo con il D.P.R. n. 484/96.

Art.11 Comitato di azienda.

In ogni azienda è costituito,previo parere sindacale,un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e delle organizzazioni sindacali; esso viene convocato dal Direttore generale ogni tre mesi.Scompare il comitato Consultivo che era elettivo. I compiti principali del comitato di azienda sono quelli di definire gli accordi aziendali. Tale comitato non più elettivo ma di nomina sindacale rende più agevole la costituzione ma meno democratico l'organo che rappresenta solo i medici sindacalizzati.

Art.12 Comitato Regionale

In ciascuna regione è istituito un Comitato permanente regionale composto da rappresentanti della regione e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale; vale lo stesso commento del comitato di azienda relativo alla nomina.

Esso è preposto:

1. alla definizione degli accordi regionali
2. a formulare proposte o a esprimere pareri sulla corretta applicazione del presente accordo e degli accordi regionali
3. a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale
4. a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità

art.14 Programmazione e monitoraggio delle attività.

Questo articolo norma l'organizzazione delle attività distrettuali in relazione alle funzioni assistenziali e gestionali della MG. In particolare definisce la tipologia delle prestazioni e il finanziamento relativo,oltre agli organismi rappresentativi del Distretto che consentono il monitoraggio delle attività.

Le attività territoriali della medicina generale sono:

- attività di formazione,informazione e revisione tra pari
- prestazioni aggiuntive dei mg comprese quelle informatiche,di ricerca epidemiologica,statistica di calcolo di spesa
- servizi di supporto alle attività dei medici di mg,di tipo strutturale,strumentale e di personale
- potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare

- progetti obiettivo nazionali, regionali e aziendali
- progetti a livello di spesa programmato
- sviluppo delle forme associative
- sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei medici di mg
- produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostico assistenziali
- conferenze di consenso nell'ambito di distretto
- sviluppo di attività integrate ospedale territorio
- sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto

Il finanziamento delle attività indicate è assicurato dall'azienda, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:

1. appositi finanziamenti, anche relativi ai finanziamenti per la medicina generale non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli accordi regionali e aziendali
2. stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta da medici di mg
3. finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al SSN e finalizzati a specifici progetti concernenti la mg

Il direttore di distretto per il monitoraggio delle iniziative previste è coadiuvato da un MMG membro di diritto dell'ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali e da due rappresentanti dei mmg eletti tra quelli operanti nel distretto.

In particolare sono oggetti del monitoraggio:

1. l'andamento dell'attuazione del programma delle attività distrettuali e della gestione delle rispettive risorse
2. l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra MMG e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico terapeutici concordati, al rispetto delle note della CUF, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.

Ci sono almeno tre ordini di problemi in ordine a questo interessante articolo che definisce le attività territoriali della mg:

- *un problema culturale. Questa convenzione affida al medico un ruolo vasto e generico, non valutabile in termini di prodotto di salute. Questa convenzione seppure preveda una parte del compenso a quota variabile non propone ai medici di mg nessun indirizzo in linea con il piano sanitario nazionale, ad esempio un progetto obiettivo sulla prevenzione oncologica, un progetto concreto di riduzione della mortalità cardiovascolare etc*
- *un problema di praticabilità. Tutti i punti che vengono citati sono condivisibili e sono stati per anni oggetto di discussione e di sperimentazione dei medici della SIMG. La realtà italiana dice che non è possibile in mancanza di una pianificazione e programmazione nazionale, regionale e del distretto in relazione ad alcuni piccoli concreti obiettivi di cura realizzare nulla di ciò che è stato scritto. Se non si definisce in altre parole che rispetto ad un malato cronico (es. un diabetico) ben classificato e codificato, l'obiettivo di questa convenzione è quello di avere una minima base di dati, una interoperabilità di questi dati, un percorso condiviso tra specialisti e mg che tenga conto delle linee guida internazionali ma che sia inserito nel contesto territoriale, un obiettivo clinico, un obiettivo centrato sulla qualità di vita, una analisi dei costi e un sistema di valutazione condiviso, tutto il discorso non serve a nulla.*
- *Un problema di finanziamento. Con gli scarti e gli spiccioli non si finanzia una medicina generale. Un percorso condiviso di cura ha bisogno di supporti infrastrutturali solidi (personale, strumenti)*
- *La mancanza di indicatori di risultato*

Art 15 Equipes territoriali

Questo articolo prevede la possibilità di sperimentare a livello regionale la realizzazione di équipes territoriali multidisciplinari finalizzate ad assicurare:

- L'assistenza primaria
- La continuità assistenziale
- La pediatria di libera scelta
- L'assistenza specialistica ambulatoriale
- La medicina dei servizi

- Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

L'intervento coordinato e integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento delle attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:

1. prevenzione e cura delle dipendenze da droga alcool e farmaci
2. tutela della salute dell'infanzia ,della donna e della famiglia
3. tutela dei disabili e degli anziani
4. patologie in fase terminale
5. patologie da hiv
6. tutela della salute mentale
7. inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative

L'attività interdisciplinare e integrata si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la predisposizione di un programma di lavoro.

Difficile commentare un articolo così farraginoso che chiede ai distretti di ridiscutere ruolo funzioni e compiti degli operatori sanitari rispetto ad alcune aree grigie della medicina su cui la SIMG da anni ha elaborato percorsi, formazione, progetti. Come è pensabile per ognuna delle categorie di assistiti previsti nell'articolo chiedere al medico di MG di produrre montagne di valutazioni multidimensionali quando molti colleghi in questo paese considerano un problema produrre un Mini Mental State o una IADL o non usano scale o griglie di valutazione come comuni strumenti di lavoro.

Art.15 bis appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse

In questo articolo sono contenuti due principi :

- il ruolo del medico di MG nell'assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda
- la definizione delle procedure cui viene sottoposto il medico che prescriva in modo non conforme alle norme

Anche in questo caso pur essendo d'accordo in via di principio vi sono almeno due considerazioni importanti da fare:

- 1. l'enfasi sugli aspetti economici traspare in ogni punto di questa convenzione e ci si dimentica spesso che è difficile applicare norme e regole rigide alla medicina generale che ha un setting molto particolare e esplora spesso settori e "aree grigie". Anche stavolta non si è impostato un lavoro di valutazione che tenesse conto di indicatori più consoni al lavoro del medico di medicina generale.*
- 2. Non è chiaro come si fa a garantire il medico di famiglia che i colleghi specialisti saranno vincolati alle norme della corretta prescrizione evitando di scaricare, come continua a succedere, sul MG i conflitti con il paziente.*

CAPO II ASSISTENZA PRIMARIA

Art 19 Rapporto ottimale

Per la scelta del medico si fa riferimento all'ambito territoriale definito dalla Regione; si prevedono ambiti con almeno 5000 abitanti ma mai inferiori a 3500 per incentivare i MG ad associarsi. Ai fini della determinazione degli ambiti territoriali carenti, non vengono conteggiati i cittadini residenti che hanno scelto un medico al di fuori dello stesso ambito.

Art 25 Massimale di scelte e sue limitazioni.

Viene definito il rientro nel massimale delle 1500 scelte da parte dei medici che fruivano della deroga a 1800, mediante il blocco delle nuove scelte. Tale norma è correlata agli specifici incentivi previsti dall'articolo 45, lettera D (32.000 lire annue per 4 anni)

Art.31 compiti del medico a quota fissa

Ai compiti obbligatori previsti dal 484/96 per la quota fissa, ora correlati ai livelli essenziali e uniformi di assistenza, vengono aggiunti alcuni compiti che sono correlati a nuovi e specifici compensi previsti dall'articolo 45:

- L'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali
- Lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del SSN nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare;
 - L'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute
 - La donazione di sangue, plasma ed organi
 - La cultura dei trapianti
 - Il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni
 - L'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia
 - La necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal SSN;
- L'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antiinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dall'azienda, con modalità concordate;
- L'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Scompare con questa convenzione la possibilità di erogare prestazioni in forma singola.

Ricompare invece una funzione del medico che apparentemente appartiene all'educazione sanitaria ma che sembra più appartenere alla informazione che certamente è compito del medico anche se crediamo non sia il compito principale. Ogni MG dovrà attivare uno sportello per informare i cittadini di come è fatto il SSN, come si ottengono le esenzioni ect. Ma le carte dei servizi e le decine di migliaia di impiegati del SSN a che cosa servono?

Art 35 Rapporti tra il medico di famiglia e l'ospedale

Si ribadisce il dovere del reparto ospedaliero di inviare al MG una relazione clinica esauriente sulla degenza nonché la possibilità del medico di accedere ai reparti in fase di accettazione, ricovero, degenza e dimissione. Prevede anche in applicazione del art. 15 decies del D.lgs.

229/99, la emanazione da parte del Direttore generale di provvedimenti regolatori in materia di:

- rapporti tra ospedale e mmg in corso di degenza dell'assistito,
- rispetto delle note CUF anche da parte dei medici dell'Ospedale,
- rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta da parte degli specialisti e dell'ospedale degli accertamenti ritenuti necessari e delle visite programmate;
- rispetto dell'esenzione della partecipazione alla spesa per gli accertamenti funzionali al ricovero programmato

L'articolo prevede l'istituzione di una commissione (mmg presenti negli uffici di coordinamento, medici ospedalieri, funzionari dirigenti medici dell'Azienda) con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio; in particolare l'azienda promuove e realizza tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste di attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri di day hospital.

L'articolo è perfetto, peccato che né la Convenzione né il decreto legislativo 229/99 prevedano sanzioni o altri interventi nei confronti delle inadempienze dei medici specialisti od ospedalieri.

Art.40 Forme associative dell'Assistenza primaria

Articolo totalmente nuovo che tiene conto delle precedenti forme associative che facilmente possono riadattarsi alle nuove esigenze .

La parte iniziale esplicita gli obiettivi delle forme associative e i vantaggi per i medici, per i cittadini e per il SSN.

Successivamente vengono dettagliatamente definiti i criteri delle forme associative.

Le forme associative sono distinte in:

1. forme associative ,che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione

funzionale delle strutture di più professionisti, per potenziare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;

2. forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della azienda, o dei comuni comprendenti più aziende, in cui essi operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

Le forme associative di cui al punto 1 sono:

- la medicina in associazione
- la medicina in rete
- la medicina di gruppo

Questo articolo va letto e studiato in modo attento in quanto permette ai medici generali varie ed articolate forme di aggregazione con indubbi vantaggi economici e organizzativi.

Si tratta comunque di un problema di tipo infrastrutturale della medicina generale rispetto a cui ogni vantaggio descritto nella premessa va provato, non è certo in altre parole che la qualità assistenziale migliori in modo automatico ed assoluto.

Dopo qualche anno di sperimentazione mi pare di poter dire che la diffusione delle forme associative non abbia avuto nel nostro paese uno sviluppo importante. Anche in questo caso credo che è necessario trovare motivazioni diverse dai vantaggi economici; la cultura della condivisione del lavoro e degli strumenti non è sufficientemente diffusa nel nostro paese anche se da oltre 15 anni la SIMG ha invitato i medici ad associarsi.

Art.44 Libera professione

Viene distinta in accordo con il decreto legislativo 229/99 in:

1. libera professione occasionale (esercitata occasionalmente su richiesta del cittadino)
2. libera professione strutturata (espletata in forma organizzata e continuata secondo un orario settimanale ben definito)

Il medico ha l'obbligo di comunicare all'Azienda le caratteristiche e le modalità di esercizio della libera professione strutturata (data di avvio, sede, orari, prestazioni, congruità con i compiti

istituzionali).La libera professione occasionale non comporta limitazioni di massimale,così come quella strutturata se effettuata entro il limite di 5 ore settimanali.Fatta esclusione per le prestazioni comprese nei compiti previsti dall'Accordo collettivo nazionale,regionale,aziendale, la libera professione può essere esercitata anche nei confronti dei propri assistiti,e nello specifico per:

- prestazioni non comprese nei compiti e nelle attività previste dall'art,32 e 32 del presente accordo
- prestazioni professionali,anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali,diagnostici e terapeutici,non esplicitamente previste fra le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D o fra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da accordi regionali od aziendali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi
- prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne,prefestive e festive
- prestazioni specialistiche inerenti la specializzazione posseduta
- prestazioni concernenti discipline cliniche predeterminate dall'0interessato e delle quali l'assistito sia portato preventivamente a conoscenza.

Può essere svolta libera professione per fondi integrativi e non si può svolgere libera professione per attività opzionali nell'ambito di progetti ai quali il medico non abbia voluto aderire.

Art.45 trattamento economico

Si articola secondo lo schema generale del art.15 ter.Tutti i compensi previsto dall'ultimo scaglione di aumenti del Dpr 484/96 sono incrementati del 2,3% per il 99 e del 4% per il 2000, rispetto al piede di partenza della passata convenzione.L'articolazione del compenso prevede:

- una quota fissa capitaria articolata in:
 - onorario professionale,articolato in
 - a. compenso tabellare

- b. compenso per assistiti ultrasettantacinquenni di £ 30.000
 - c. un compenso per i nuovi compiti (£ 2.800 dal 1.1.2000)
 - d. un corrispettivo aggiuntivo di £ 35.000 per i minori di età inferiore ai 14 anni(scelte successive alla pubblicazione dell'accordo)
- il compenso aggiuntivo
- il concorso delle spese per l'erogazione delle prestazioni del SSN
- una quota variabile finalizzata al raggiungimento degli obiettivi della programmazione:
 - indennità di piena disponibilità
 - medicina associata
 - a. medicina di gruppo (£ 9.000 annue per assistito)
 - b. medicina in rete (£ 7.000 annue per assistito)
 - c. medicina in associazione (£ 5.000 annue per assistito)
 - indennità di collaborazione informatica (£ 150.000 mensili per la prescrizione prevalente-almeno il 70%- con modalità informatica)
 - indennità di collaboratore di studio medico (£ 5.000 dal 1.1.2000 per ogni assistito e fino al limite del 25% della popolazione)
 - indennità di collaboratore di personale infermieristico (£ 6.000 per assistito fino al limite del 5% della popolazione)
 - programmi di attività e livelli di spesa programmati

- quota variabile per compensi relativi a prestazioni funzionali alla realizzazione dei livelli assistenziali previsti dalla programmazione sanitaria nazionale, regionale, aziendale:
 - prestazioni aggiuntive
 - assistenza programmata domiciliare
 - assistenza nelle residenze protette e collettività
 - assistenza in zone disagiate
 - altri compensi per prestazioni previste da programmi regionali e aziendali
- quota annuale per il rientro nel massimale

Capo III CONTINUITA ASSISTENZIALE

ART. 48 - CRITERI GENERALI

1. La continuità assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali di cui all'art. 14.

2. Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della setti-mana, la stessa si realizza assicurando per le urgenze notturne, festive e prefestive interventi domiciliari e territoriali, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

Modificato l'orario di servizio della continuità assistenziale, dalle ore 10 del sabato e dei giorni prefestivi. Tale innovazione è principalmente legata alle richieste del setoe sindacale specifico, era un modo per migliorare il trattamento economico. Tale ampliamento copre inoltre una carenza delle precedenti convenzione che di fatto rendeva il mg disponibile fino alle ore 10 e dopo solo per le urgenze. La soluzione crea comunque dei nuovo problemi

1. *ha un senso lavorare 2 ore il sabato mattina*
2. *chi ha organizzato il lavoro anche in base ad accordi regionali, anche il sabato mattina cosa deve fare*
3. *l'aggiornamento obbligatorio è previsto preferibilmente per 10 sabato mattina per 4 ore, già alcuni medici hanno posto il problema che l'aggiornamento non può essere scelto fuori dell'orario di servizio.*

Capo IV ATTIVITA TERRITORIALI PROGRAMMATE

ART. 60 - ATTIVITÀ PROGRAMMATE

1. L'Azienda, per lo svolgimento nei distretti di attività territoriali programmate, può utilizzare, per periodi non superiori a 6 mesi nell'arco di un anno, medici di medicina generale, secondo l'ordine delle seguenti priorità:

- a) medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
- b) medici convenzionati per la continuità assistenziale con 12 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 48, secondo l'anzianità d'incarico;
- c) medici convenzionati per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 48, secondo l'anzianità di incarico;
- d) medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;
- e) medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2.

Capo V EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 62- GENERALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, l'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente e in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e dell'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.5.96.

Capo VI GLI ACCORDI REGIONALI

ART. 69 - AMBITI CONVENZIONALI DI LIVELLO REGIONALE

1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni realizzano i livelli as-sistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

2. Gli accordi regionali, definiscono i compiti e le attività svolte dai medici di medicina generale:

a) in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;

b) in forma associativa complessa e integrata;

c) per il rispetto di livelli di spesa programmati.

3. Nell'ambito degli Accordi di cui al presente Capo, le Regioni definiscono ed indicano le modalità tecnico-organizzative per l'armonizzazione delle attività di medicina generale assicurate dalle diverse Aziende.

4. La armonizzazione dell'attività delle diverse Aziende assume particolare rilievo riguardo alla realizzazione di azioni programmatiche e progetti assistenziali mirati, oltre che di specifici interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria, particolarmente per quelli che interessano cittadini assistiti da medici operanti nello stesso comune e iscritti negli elenchi di Aziende diverse.

ART. 75 – LA CONTRATTAZIONE AZIENDALE

1. Gli accordi regionali di cui al presente Capo disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, da svolgersi presso il comitato di cui all'art. 11, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica rispetto agli obiettivi generali

della programmazione regionale, particolarmente in materia di:

- a) ambito di riferimento;
- b) tempi di riferimento;
- c) obiettivi assistenziali;
- d) strumenti operativi;
- e) modelli di distrettualizzazione;
- f) modelli di VRQ;
- g) effetti temporali.

Il capo VI doveva essere nella scorsa convenzione l'elemento qualificante dell'accordo, ma ha mostrato i suoi limiti realizzativi con notevoli differenze tra le varie regioni e con una scarsa considerazione degli esiti finali. La redazione attuale cerca di porre rimedio agli errori precedenti, è comunque sempre carente in relazione agli obiettivi salvo quelli economici diretti.

La convenzione sarà esecutiva solo al termine del necessario iter di registrazione. Questo passaggio che nelle precedenti convenzioni è stato lungo e complesso, dovrebbe essere ridotto grazie ad un ddl che stava per essere discusso alla camera, prima della caduta del governo. Scopo del ddl era quello di eliminare o ridimensionare il passaggio della convenzione al Consiglio di Stato dove potrebbe essere soggetto a osservazioni di carattere normativo e quindi subire notevoli ritardi. I passaggi in sintesi dovrebbero essere i seguenti: Consiglio dei ministri, Consiglio di Stato, Corte dei Conti, di nuovo al Consiglio dei Ministri e quindi Presidenza della Repubblica.

Considerazioni conclusive e commento

Questo accordo per la Medicina Generale valido per il triennio 1998-2000 è stato firmato il 9 marzo scorso.. Da allora risuonano ovunque i peana per la nuova convenzione; tutti gli

organi di stampa mettono in evidenza i brillanti risultati economici le grandi opportunità operative offerte dall'accordo appena firmato.

Pur condividendo e rispettando il lavoro dei colleghi sindacalisti i quali hanno certamente migliorato la precedente convenzione negli aspetti normativi e negli aspetti economici credo sia opportuno fare una valutazione attenta di alcuni punti.

Uno degli obiettivi prioritari del nuovo contratto era quello di migliorare la Convenzione precedente adeguandola alle nuove norme di riordino del SSN ponendo le condizioni normative per un rilancio e per lo sviluppo delle potenzialità professionali, programmatiche e gestionali della mg.

Sono stati riscritti gli articoli sul distretto e sulle attività territoriali, è prevista la presenza di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, grande spazio viene riservato alle attività associative della medicina generale e normata l'attività libero professionale. Tutto questo è positivo ma limitato.

Il problema maggiore che la medicina generale vive oggi è la mancata integrazione e condivisione di obiettivi con la medicina specialistica ed ospedaliera. Ogni volta che un paziente per scelta propria o consigliato dal curante accede alle cure di secondo livello si generano situazioni di conflitto provocate dal fatto che le norme CUF le linee guida diagnostiche terapeutiche i follow up gli screening sono spesso ignorati dai colleghi specialisti ed ospedalieri.

Si genera così un conflitto tra medico e paziente che mina alle radici il rapporto di fiducia e che vede il medico generale continuamente minacciato o ricattato dal paziente.

Questa convenzione ha ignorato la necessità di formulare un modello diverso di erogazione delle cure che preveda un medico che si assuma la responsabilità dell'intero percorso sanitario e assistenziale del paziente.

Un servizio sanitario che separa territorio ed ospedale è poco efficiente e finisce per privilegiare il comparto più forte e più strutturato.

Un altro problema di questo contratto è connesso ad una visione di controllo e di contenimento dei costi più che ad una di valutazione dei percorsi e degli esiti.

Manca l'autonomia e la responsabilità del singolo medico il quale deve costruire obiettivi di cura all'interno di una programmazione distrettuale che ha budget rigorosamente predefiniti ed allocati e che non ha margini economici per le sperimentazioni.

Nella convenzione precedente le trattative regionali interpretate per lo più con la logica di contenimento dei costi non hanno prodotto, salvo rare eccezioni, risultati apprezzabili dal punto

di vista operativo né hanno attivato nuovi modelli di gestione delle cure, nella migliore delle ipotesi alcuni gruppi di medici hanno ottenuto benefici economici in relazione a risparmi operati sulla spesa farmaceutica o per la partecipazione ad iniziative in ambito preventivo (vaccinazioni, screening oncologici) o premi per aver migliorato l'infrastruttura dello studio (compensi per le ricette scritte con il PC).

Tutto questo è positivo ma incide in modo scarso sulle modalità di erogazione delle cure e sulla qualità della medicina generale.

E' stato affermato che questa convenzione paga di più coloro che più lavorano; i compensi maggiori in realtà cadono a pioggia su anziani e bambini, i compensi previsti per l'associazionismo e per il personale non garantiscono di per se che il medico lavori meglio e sicuramente non lavora di più in quanto uno degli scopi dell'associazionismo o dell'acquisizione di personale è proprio quello di liberarsi da quella parte di attività che altri possono svolgere a minor costo. Le prestazioni aggiuntive hanno subito aumenti irrisori e l'assistenza domiciliare programmata ed integrata non sono ancora ben diffuse sul territorio nazionale.

L'incremento medio dello stipendio lordo a regime sarà quindi del 10% e certamente questo soddisfa gran parte dei colleghi.

Un contratto di qualità ha bisogno però di una convenzione nuova e non di una nuova convenzione.

