

**Accordi Collettivi Nazionali del personale sanitario a rapporto
convenzionale con il SSN**
(quadriennio normativo 2006-2009 – biennio economico 2006-2007)
(piattaforma negoziale)

Come da atto di indirizzo deliberato in data 27 settembre 2007 dal Comitato di Settore del Comparto Sanità, facendo seguito alla comunicazione prot. 615/8CP1/FP del 26 giugno 2008 dello stesso Comitato di Settore, in considerazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell'art. 79 del decreto legge 25 giugno 2008, n.112 ed in ottemperanza alle previsioni del d.lgs. 165/2001 recepito ai fini della contrattazione degli accordi collettivi nazionali del personale sanitario a rapporto convenzionale con il SSN con accordo 24 luglio 2003 rep. atti 1805/2003 sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, si precisa la proposta negoziale di avvio delle trattative con le organizzazioni sindacali rappresentative dei comparti della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale ed altre professionalità sanitarie.

In ottemperanza a quanto prescritto al comma 178 della legge 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005), il presente atto afferisce al rinnovo contrattuale di parte normativa per il periodo 2006-2009 ed a quello del biennio economico 2006-2007.

Coerentemente a tale impostazione, il Comitato di Settore ha formulato indirizzi che abbracciano l'intero quadriennio, mentre la parte economica resta confinata - come prevede la legislazione vigente – al primo biennio.

Rispetto ai precedenti ACN, le principali novità che in questa sede vanno sottolineate si manifestano sia nell'ambito degli indirizzi generali, sia in quello degli obiettivi specifici, sia infine sul fronte finanziario.

Gli indirizzi generali

Quanto agli indirizzi generali, dopo una doverosa esplicitazione dei principi racchiusi negli obiettivi dei precedenti ACN, vale a dire l'organizzazione come strumento per il miglioramento dell'efficienza del sistema sanitario e della tutela della salute dei cittadini, l'integrazione e la continuità assistenziale intese nel loro significato più ampio, il governo clinico e assistenziale a garanzia della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi, l'equità di accesso come elemento fondante di un sistema sanitario pubblico, si introducono due importanti elementi di novità.

Il primo prevede l'obbligo per tutto il personale sanitario convenzionato di svolgere la propria attività all'interno dell'assetto organizzativo che ogni Regione ha scelto di darsi. Finora come noto l'attività del medico di assistenza primaria e del pediatra di libera scelta veniva svolta di norma presso il loro studio che, in base alla decisione di ciascun singolo medico e a fronte della corresponsione di un apposito incentivo monetario, poteva o meno far parte di un insieme di studi di altri colleghi, dando luogo a forme organizzative funzionali diverse. Più recentemente alcune Regioni hanno avviato la sperimentazione, prevista dal precedente ACN, di forme organizzative strutturali (UTAP, Nuclei, Unità, ecc.) negoziando l'adesione dei singoli medici sempre a fronte di apposito incentivo monetario. Di conseguenza l'assetto organizzativo della medicina generale e della pediatria di libera scelta è a tutt'oggi la risultante di una autonoma decisione del singolo medico e della disponibilità finanziaria della Regione, anziché il frutto di una programmazione dei servizi che tenga conto del parere dei principali attori e in particolare di quello delle organizzazioni sindacali del personale sanitario convenzionato (ma non negoziata all'interno di uno specifico contratto di lavoro), tesa in prima istanza a soddisfare il bisogno di tutela della salute dei cittadini. Il nuovo principio introdotto dalle linee d'indirizzo del Comitato di Settore mira in sostanza ad eliminare un grave difetto nelle regole di sviluppo della rete assistenziale, difetto reso ancor più evidente dallo stretto collegamento tra la disponibilità del singolo medico e quella finanziaria della singola Regione. Oggi tale collegamento viene eliminato e lo sviluppo dell'assetto organizzativo dei servizi doverosamente ricollocato nell'ambito della più appropriata responsabilità di programmazione regionale e aziendale.

Il secondo elemento di novità riguarda la reale collaborazione tra medici di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali ed ospedalieri. L'indirizzo mira a sviluppare la collaborazione tra questi professionisti, chiedendo di individuare modalità specifiche affinché la stessa possa realizzarsi, ma allo stesso tempo chiede siano fissati dei vincoli precisi in termini di incompatibilità riguardanti sia la collocazione dello studio medico, sia l'attività che può essere ospitata all'interno dello studio stesso. L'obiettivo di tali vincoli, che in parte erano presenti anche se in maniera confusa nei precedenti ACN, è quello di impedire da un lato che lo studio del medico o del pediatra "di famiglia", cioè del professionista verso cui i cittadini grandi e piccoli sviluppano un rapporto di fiducia, si inserisca in un'organizzazione sanitaria privata alternativa al Servizio Sanitario Nazionale dirottando perciò impropriamente gli assistiti verso quella direzione; dall'altro che un'offerta privata incontrollata di servizi specialistici in particolare si sviluppi proprio all'interno dello studio del medico convenzionato, a vantaggio certo, in questo caso come nel precedente, soprattutto dei professionisti stessi.

Gli obiettivi specifici

Con riferimento agli obiettivi specifici, che rappresentano il tentativo di tradurre in termini operativi i principi generali richiamati dai precedenti ACN alla luce soprattutto delle novità appena illustrate, gli elementi che maggiormente qualificano le direttive del Comitato di Settore sono quelli attraverso cui si intende innovare qualche aspetto significativo nel sistema di relazioni tra SSN e personale sanitario convenzionato, al fine di potenziare sia il ruolo del medesimo personale, sia l'intera area delle cure primarie e di conseguenza tutta l'offerta di servizi di tutela della salute. Tali elementi in estrema sintesi riguardano il profilo organizzativo dell'attività dei professionisti convenzionati, con particolare riferimento al lavoro in forma associata e al loro ruolo nello sviluppo dell'Information Communication Technology in sanità, nonché le principali ricadute sul piano assistenziale che queste innovazioni rendono più facilmente perseguibili. Si cerca in fondo di accelerare un processo di riorganizzazione dei servizi di medicina generale già in atto da anni ma sviluppatosi con eccessiva lentezza, processo il cui compimento risulta "conditio sine qua non" per la realizzazione di un salto di qualità nella capacità assistenziale e nei livelli di efficienza dell'intero SSN.

Più in dettaglio si tratta di quanto segue:

1. Lo sviluppo di forme associative complesse, come **pre-requisito** essenziale per garantire migliori servizi ai cittadini. E' appena il caso di sottolineare l'uso del termine "pre-requisito", il cui significato non necessita di spiegazioni, per mettere in luce la forte volontà di innovare associata a questo obiettivo: il termine descrive una condizione che deve essere accettata da parte del medico per poter accedere alla convenzione e poter continuare ad operare in regime di convenzione col SSN. Il perseguimento di questo obiettivo, che deve iniziare senza indugio alcuno cioè dall'entrata in vigore del nuovo ACN, rappresenta con tutta evidenza la traduzione pratica del nuovo principio generale illustrato in precedenza. Se il medico convenzionato è tenuto a svolgere il suo lavoro nell'ambito dell'organizzazione che la Regione ha scelto, allora tale aspetto non può più essere oggetto di trattativa, rappresentare una clausola della convenzione, ma rispetto ad essa risulta una variabile indipendente, un elemento esogeno, un dato di fatto di cui si deve prendere atto quando, attraverso la convenzione, si accetta di lavorare per conto, in nome e a carico del SSN.

2. La realizzazione di un assetto organizzativo, per tutto il personale sanitario convenzionato, fondato su forme associative complesse, cioè quelle caratterizzate da una significativa articolazione sia delle regole di funzionamento interno, sia delle funzioni che sono chiamate a svolgere. Ciò nella triplice convinzione che: i) solo in quanto parte di un gruppo professionale e per questa via attore più rilevante dell'intero sistema sanitario, anche il medico convenzionato possa affrontare meglio le sfide che quotidianamente il mutevole quadro epidemiologico-sociale e l'incessante progresso scientifico-tecnologico gli pongono di fronte; ii) un'organizzazione fondata su professionisti che lavorano in gruppo, fatte salve naturalmente le opportune eccezioni, possa essere più efficiente di una organizzazione, quale l'attuale, in cui ogni professionista è completamente svincolato dagli altri, fatte salve alcune eccezioni; iii) i due fattori appena citati consentano di raggiungere più facilmente il vero obiettivo che è quello di **garantire una più efficace, più qualificata e più estesa tutela della salute ai cittadini.**

3. La definizione di un nuovo ruolo del personale sanitario convenzionato nel processo di sviluppo dei sistemi regionali e del sistema nazionale di Information Communication Technology (ICT) applicata alla sanità. Ciò riguarda sia il tema dei programmi informatici, sia quello del sistema informativo.

Il primo aspetto (programmi informatici, da non confondere con i "software", bensì da intendere come elementi costitutivi dello sviluppo del sistema, della rete o se si preferisce della funzione informatica) è parte integrante dell'assetto organizzativo che una Regione si è data o intende darsi. Perciò anche questa componente non può che rappresentare di fatto un **pre-requisito**, un elemento esogeno rispetto alla Convenzione, uno strumento di cui il medico è tenuto a servirsi, soprattutto alla luce del fatto che tale componente risulta sempre più essenziale al governo di sistemi complessi quali il SSN. In quanto tale detta componente è capace di esprimere un forte impatto positivo sia sul piano dell'assistenza facilitando ad esempio la raccolta e la trasmissione delle informazioni tra i vari professionisti dell'Azienda Sanitaria, sia su quello dell'equità contribuendo a rendere più trasparenti le condizioni assistenziali offerte dalle varie Aziende Sanitarie e dalle varie Regioni, attraverso la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Sotto il profilo più squisitamente informativo, si ritiene che lo studio di ciascun medico debba diventare tra l'altro il terminale di una rete permanente di osservazione epidemiologica, attraverso cui raccogliere informazioni relativamente alle condizioni di salute di ciascun paziente e per questa via contribuire a far emergere i bisogni sanitari delle varie comunità. Tali informazioni si possono avere oggi solo in modo parziale, lacunoso e discontinuo in quanto frutto di osservazioni indirette o di rari studi "ad hoc". La loro raccolta su basi omogenee e coordinate e la loro disponibilità in via

sistematica presentano certamente numerosi vantaggi per il singolo assistito, per il suo medico curante, per l'Azienda Sanitaria, per la Regione e per l'intero SSN. In estrema sintesi, si può affermare che le informazioni che ogni medico o pediatra convenzionato può raccogliere dall'osservazione dei suoi pazienti sono in grado di indurre notevoli miglioramenti sia sulle pratiche assistenziali e quindi direttamente sulla salute degli assistiti, sia sui processi di programmazione dell'offerta complessiva di servizi sanitari e sociali e quindi indirettamente ancora sulla salute dei cittadini.

Per questi motivi, si individua tra l'altro un debito informativo a carico del medico convenzionato e a favore dell'Azienda Sanitaria, i cui contenuti sono da definirsi da parte di un apposito tavolo tecnico nazionale.

4. Se l'inserimento in forme associative complesse e il ruolo attivo nello sviluppo dell'ICT sono pre-requisiti per l'accesso del medico alla convenzione e di conseguenza l'organizzazione di tali forme e l'approntamento di tali strumenti rappresentano altrettante responsabilità per la Regione, allora l'erogazione di incentivi finanziari, volti sia ad incoraggiare l'adesione a qualsiasi forma associativa, sia a dotare il singolo studio medico di personale amministrativo o di personale infermieristico o, ancora, di tecnologie informatiche, non ha più ragion d'essere. Tali risorse finanziarie vanno più opportunamente utilizzate per contribuire alle spese di funzionamento degli studi che si organizzano in forme associative complesse, al fine di generare possibili economie di scala.

L'intenzione del Comitato di Settore appare molto chiara al riguardo: le risorse destinate a finanziare gli incentivi individuali devono essere impiegate a favore delle forme associative complesse e quindi non più a favore del singolo medico bensì del gruppo di medici che lavorano in associazione, per contribuire alle spese di funzionamento degli studi in modo da far emergere economie di scala. Ciò significa che gli studi dei singoli medici devono avvalersi di "fattori di produzione" comuni, cioè di risorse e relativi costi condivisi tra più studi (da qui le possibili economie di scala) che possono essere rappresentati da competenze amministrative, da competenze infermieristiche, da competenze e dotazioni informatiche, da competenze e dotazioni diagnostiche, dalla dotazione logistica, eccetera, e che le risorse liberatesi attraverso l'abolizione degli incentivi monetari vigenti devono essere utilizzate per contribuire a sostenere il costo di questi fattori.

Al di là del fatto che le Regioni non possono pensare di risparmiare reimpiegando a tal fine una somma inferiore a quella impegnata per gli incentivi, nulla si dice circa la forma (monetaria piuttosto che fisica) da conferire al contributo economico destinato al funzionamento degli studi associati, lasciando opportunamente tale scelta in capo alla singola Regione. Alle stesse Regioni è inoltre riconosciuta la facoltà di determinare i modi e le forme dello sviluppo delle associazioni complesse, in base all'assetto organizzativo

prescelto per le Cure Primarie. In ogni caso le Regioni sono invitate a varare programmi di potenziamento delle forme associative complesse miranti anche ad ampliare l'attività diagnostica di 1° livello sul territorio.

5. Su queste basi, cioè con professionisti operanti in forme associative complesse, dotate di una organizzazione e di fattori produttivi comuni e collegate in rete con l'Azienda sanitaria, il perseguimento degli obiettivi riguardanti in particolare l'attività degli stessi professionisti risulta facilitato, in quanto attorno a gruppi strutturalmente organizzati di medici di medicina generale o di pediatri di libera scelta, inseriti nell'organizzazione aziendale, risulta meno complicato, ad esempio, prevedere l'inserimento di altre figure professionali, programmare i collegamenti funzionali e operativi con gli altri livelli di assistenza, raccordare la filiera aziendale di responsabilità e autonomie, sviluppare in sostanza i vari processi di integrazione, premessa necessaria per un'offerta di servizi caratterizzata da un grado più elevato di continuità, completezza ed appropriatezza sia clinica che organizzativa.

In tale contesto, dove va precisato che la responsabilità professionale del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta dev'essere assunta come elemento irrinunciabile al pari del rapporto di fiducia che deve continuare ad instaurarsi col paziente, si rende necessario ridefinire il ruolo e i compiti del medico alla luce delle nuove condizioni organizzative della sua attività, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza specifici dell'assistenza primaria e degli obiettivi di seguito indicati:

- migliorare l'accesso agli ambulatori medici a partire dal potenziamento degli orari di apertura per garantire le 12 ore giornaliere tutti i giorni della settimana;
- potenziare la continuità assistenziale sia per ridurre il ricorso improprio al Pronto Soccorso, sia per garantire un'assistenza e una presa in carico attiva, più affidabile ed efficiente, senza ingiustificate interruzioni tra ospedale e territorio, 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana, cominciando in particolare a trovare soluzioni che garantiscano l'accesso all'ospedale del medico e del pediatra soprattutto nel caso di pazienti cronici;
- Sviluppare la medicina d'iniziativa con particolare riferimento alle malattie croniche, promuovendo la valutazione dei bisogni di comunità, gli interventi di prevenzione, le attività programmate e gli interventi proattivi;
- diffondere maggiormente l'assistenza domiciliare nel caso sia della medicina generale, sia della pediatria di libera scelta, migliorando in modo sensibile la prevalente situazione attuale che la vede ancora come un raro evento fortuito. In tale direzione dev'essere inclusa anche la specialistica ambulatoriale, per la quale si chiede siano messi a punto

programmi specifici per il coinvolgimento degli specialisti nel lavoro di gruppo.

- integrare i medici di continuità assistenziale con le forme associative complesse e in particolare con i servizi di emergenza territoriale. Un elemento favorente questi processi di integrazione professionale è rappresentato senz'altro dall'abolizione della possibilità del doppio incarico oggi consentito sia ai medici di continuità assistenziale, sia a quelli della medicina dei servizi, nonché dal progressivo superamento delle diverse forme di remunerazione. Da questo punto di vista è opportuno sia portata avanti l'azione già avviata con il precedente ACN, tesa ad una maggior omogeneizzazione dei trattamenti economici quanto meno tra medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta.

Il Comitato di Settore, inoltre, chiede di riconsiderare il funzionamento degli organismi regionali e aziendali nei quali è prevista, dai vigenti ACN, la presenza delle Organizzazioni Sindacali, sotto il duplice profilo delle regole che portano a definire la rappresentatività sindacale nei medesimi organismi e dei compiti agli stessi assegnati.

Gli aspetti finanziari (biennio economico 2006-2007)

Per quanto riguarda la parte finanziaria, l'elemento di novità rispetto ai precedenti ACN è dato dall'articolazione dell'incremento complessivo associato a questa stagione di rinnovo contrattuale (+ 4,85% sul 2005) in due tranches: la prima, pari al + 2,85%, viene resa disponibile secondo i modi e i tempi concordati a livello nazionale attraverso i nuovi ACN; la seconda, pari al + 2% cioè oltre il quaranta per cento dell'intero aumento, viene resa disponibile secondo i modi e i tempi concordati a livello regionale attraverso gli Accordi relativi.

Al riguardo occorre sottolineare che il collegamento tra Accordi nazionali e Accordi regionali appare in questa circostanza meglio definito che nel passato. Secondo le linee di indirizzo, gli Accordi integrativi regionali con quelle risorse a disposizione sono chiamati a dare applicazione dettagliata agli obiettivi specifici indicati dalle stesse linee di indirizzo. Ciò significa tra l'altro che il nuovo testo degli Accordi nazionali non dovrà, in linea di principio, giungere a formulare norme di dettaglio, bensì dovrà cercare di dare corpo attraverso disposizioni di natura prevalentemente generale agli indirizzi del Comitato di Settore, lasciando lo spazio necessario alla fase applicativa regionale. Da questo punto di vista, si può sostenere che la nuova struttura su più livelli degli ACN si presenta come più coerente col dettato del nuovo Titolo V° della Costituzione.

In merito all'incremento previsto dalle linee di indirizzo, va precisato che lo stesso dev'essere calcolato sul costo complessivo che i vari settori hanno fatto registrare nel 2005, ivi inclusi tutti i costi a carico delle Aziende Sanitarie e in particolare la quota previdenziale, quella IRAP e il Fondo Assicurazione Malattia. Le disponibilità finanziarie per il rinnovo dei presenti ACN, così calcolate, includono pertanto anche la copertura per i suddetti costi aziendali. In altri termini ciò significa che gli incrementi riconoscibili ai professionisti dovranno rappresentare un valore complessivo inferiore rispetto a quello rappresentato dalle disponibilità finanziarie citate; la differenza tra queste ultime e i primi essendo data dai costi aziendali appena elencati.

Tenuto conto che il rinnovo di questi ACN, per la parte economica, interessa il biennio 2006-2007, durante il quale si è sviluppato il processo di stipula degli Accordi Integrativi Regionali relativi ai precedenti ACN, processo non ancora concluso dal momento che alcune Regioni hanno tuttora i tavoli negoziali aperti e in considerazione del fatto che alla negoziazione regionale successiva ai rinnovi in atto è riservato oltre il 40% dell'incremento disponibile, si ritiene opportuno concentrare le risorse finanziarie riconoscibili ai professionisti, a livello nazionale, sulla quota capitaria-base o sulla quota oraria-base, nella convinzione così facendo di rispettare fino in fondo le competenze regionali e di non complicare ulteriormente le procedure per la corresponsione del compenso. Inoltre nel tentativo di semplificare ancora le procedure, si propone di giungere a esprimere gli incrementi monetari, disponibili sia a livello nazionale che regionale, in termini assoluti.