

Piattaforma rinnovo ACN

(bozza)

(ai sensi della legge 189/12 e del DPR 122/13)

Introduzione

Negli ultimi quattro anni, cioè grosso modo dalla sigla degli ultimi ACN, la situazione economica del Paese è notevolmente peggiorata e con essa è diventata molto più critica la stabilità finanziaria del SSN. Ciò ha generato tra l'altro due fenomeni principali che rilevano in questa sede. Il primo può essere descritto come la produzione di un "corpus" normativo volto a fronteggiare la crisi economica adeguando l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica ai vincoli imposti dalla gestione del bilancio statale nel rispetto delle regole comunitarie. Possono essere inserite in quest'ambito: il decreto legislativo 150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", la legge 111/2011 "disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", la legge 135/2012, "disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", la legge 189/2012 "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e da ultimo il DPR 122/2013 "Regolamento in materia di proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per i pubblici dipendenti".

Il secondo fenomeno attiene sia alle ricadute delle norme citate sul contesto sanitario, sia al tentativo di mettere a punto programmi e strumenti atti a ridurre la spesa sanitaria e a migliorare l'efficienza del sistema cercando di evitare, come usa dire, di gettare il bambino con l'acqua sporca, cioè di peggiorare la qualità dell'assistenza. Per semplicità ci si riferisce al blocco dei contratti di lavoro, ai Piani regionali di rientro, ai vari tentativi di "spending review", agli interventi sulla dotazione complessiva dei posti-letto, ai tetti sulla spesa farmaceutica, all'introduzione dei costi standard e - più rilevante ai presenti fini - alla necessità di riforma delle cure primarie. Tutti questi interventi mirano in sostanza a razionalizzare la struttura dell'offerta di servizi agendo sia sul costo unitario dei fattori, sia sulla composizione della struttura produttiva al fine di ridurre il peso dei presidi più costosi aumentando quello dei servizi di base.

L'efficacia di tali manovre è in larga misura "sub iudice". Sono state richiamate solo perché è da tale contesto che scaturisce l'atto di indirizzo che dà il via al rinnovo degli ACN solo per la parte normativa. In estrema sintesi si può dire che l'atto di indirizzo, in coerenza con la sua genesi, mira al potenziamento della rete dei servizi di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale, introducendo maggiore chiarezza tra i livelli di autonomia, responsabilità e competenze spettanti ai vari attori del sistema e

nel rispetto dei vincoli finanziari posti nei confronti sia del bilancio pubblico, sia del compenso dei singoli professionisti.

Tale impostazione, unitamente all'esigenza di conferire più trasparenza al governo del settore, ha naturalmente generato la necessità di procedere alla revisione completa dei testi degli ACN in questione.

1) Autonomia, responsabilità e competenze tra i vari attori del sistema

Al fine di chiarire ulteriormente il contesto istituzionale entro cui si devono collocare i nuovi Accordi nazionali e in coerenza col primo comma della legge 189/12, l'Atto di indirizzo richiama alcuni principi che più propriamente si potrebbero definire "pre" o "meta" contrattuali, in quanto attinenti le materie proprie del tavolo negoziale ma poste, dalla legge citata prima ancora che dall'Atto, su un piano normativo distinto e separato da quello della contrattazione.

In particolare si fa riferimento agli aspetti riconducibili alla sintetica notazione presente nella premessa dell'Atto stesso là dove si afferma che "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".

Si tratta in particolare degli aspetti di seguito richiamati:

- a) Superamento di tutte le forme organizzative esistenti e loro sostituzione con le AFT e UCCP entro 6 mesi dalla sottoscrizione dell'ACN;
- b) Adesione obbligatoria a tali forme organizzative così come al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione;
- c) Riutilizzo, secondo modalità definite dalle Regioni, delle indennità e degli incentivi ora erogati per lo sviluppo strutturale e organizzativo, allo scopo di finanziare i fattori produttivi delle AFT e delle UCCP, in un quadro di invarianza delle risorse economiche attualmente investite sui medici convenzionati;

- d) Attribuzione della quota variabile e della quota per servizi del trattamento economico dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta agli Accordi Integrativi Regionali (AIR), affinché la loro distribuzione possa essere regolamentata in quella sede, garantendo l'invarianza delle risorse finanziarie rese disponibili dal vigente ACN;
- e) Avvio della contrattazione per l'AIR, una volta definita la programmazione del nuovo assetto organizzativo, e suo perfezionamento entro 12 mesi, pena la sospensione unilaterale della parte economica dell'AIR (inclusa la quota variabile e la quota per servizi per i medici di assistenza primaria e per i pediatri di libera scelta);
- f) Istituzione di un flusso informativo, dalle Regioni verso Sisac, finalizzato al monitoraggio degli esiti dell'ACN, contenente le principali voci di spesa e i principali elementi costitutivi del nuovo assetto organizzativo regionale.

Oltre agli elementi citati, in questa parte si possono includere le problematiche comuni a tutti gli ACN e che appartengono invece al tavolo negoziale. Ci si riferisce in particolare a:

- a) La verifica della coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative del Dlgs 150/09 e all'adozione di eventuali adeguamenti;
- b) La revisione della normativa della rappresentatività e dei diritti sindacali, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale, includendo il meccanismo di quantificazione e attribuzione delle ore disponibili per l'attività sindacale, nonché le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacale;
- c) La revisione e l'aggiornamento del testo di tutti gli ACN.

Va ricordato infine che tutte le innovazioni indicate in precedenza così come quelle che seguono, nonché quelle che saranno introdotte nei testi dei nuovi ACN, devono trovare l'eventuale fonte di finanziamento all'interno delle disponibilità finanziarie già definite a suo tempo dalle ultime convenzioni (2010). La legge 189/12 pone tale vincolo sia in termini generali e complessivi quando prescrive il divieto di oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica, sia in termini specifici richiamando le norme che bloccano gli incrementi automatici delle remunerazioni del personale medico dipendente e convenzionato.

2) Il potenziamento della rete dei servizi di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale convenzionate

1. Medicina generale

In quest'ambito, oltre agli elementi già indicati al paragrafo precedente, gli aspetti maggiormente qualificanti sono rappresentati:

- dall'introduzione del ruolo unico volto a facilitare la continuità dell'assistenza quotidiana e settimanale e che dovrebbe portare in prospettiva ad una diffusa intercambiabilità tra le funzioni svolte dai medici di assistenza primaria e quelle dei loro colleghi di continuità assistenziale, annullando la distinzione formale vigente tra le due categorie di professionisti. L'impatto di tale innovazione appare potenzialmente rilevante sotto molti punti di vista: assistenziale, organizzativo, amministrativo, economico, tuttavia la sua effettiva introduzione dovrà essere differita sino al momento in cui il nuovo assetto organizzativo dei servizi sia in grado di accoglierla efficacemente;
- dalla individuazione dei criteri (condizioni, requisiti, modalità) atti a supportare la programmazione regionale e gli AIR nella realizzazione delle AFT e delle UCCP e delle indicazioni volte a disciplinare la relazione tra fornitura pubblica dei fattori produttivi o il suo finanziamento e l'eventuale attività libero-professionale che di quei fattori potrebbe avvalersi;
- dalla messa a punto delle linee di indirizzo chiamate a disegnare un nuovo e più efficace collegamento tra il rapporto ottimale e cioè la valutazione del fabbisogno di professionisti, il lavoro di squadra che gli stessi devono sviluppare e il ruolo unico con la diversa divisione del lavoro che tale nuovo istituto dovrebbe consentire, volta a garantire una completa copertura assistenziale in raccordo con gli altri servizi distrettuali e con le centrali operative del 118;
- dalla revisione delle modalità di compenso conseguente sia alle scelte indicate al precedente paragrafo (riutilizzo dell'insieme degli incentivi e delle indennità, affidamento della parte variabile della remunerazione agli AIR), sia alla possibilità di predisporre un sistema di finanziamento a budget dei medici operanti nelle nuove modalità organizzative e in particolare nelle UCCP;
- dalla enucleazione di criteri e principi volta a supportare la relazione tra la programmazione distrettuale, i programmi di attività delle AFT e delle UCCP e a definire gli standard assistenziali da garantire.

A questi elementi, nel quadro della redazione ex novo del testo dell'accordo, si aggiunge l'opportunità di fondere le norme relative all'Assistenza Primaria con quelle riguardanti la Continuità Assistenziale allo scopo di facilitare l'introduzione del ruolo unico tra queste due figure.

2. Pediatria di libera scelta

L'ACN della Pediatria di libera scelta ha molti aspetti comuni a quello dell'Assistenza Primaria. Perciò le tematiche indicate al paragrafo precedente possono essere riprese senza particolari aggiustamenti e riproposte in quest'ambito. Costituisce una vistosa eccezione l'introduzione del ruolo unico che nel caso specifico non trova gli estremi di applicazione. In dettaglio i temi da sviluppare anche in quest'ambito, oltre a quelli citati al paragrafo 1), sono:

- la individuazione dei criteri (condizioni, requisiti, modalità) atti a supportare la programmazione regionale e gli AIR nella realizzazione delle AFT e delle UCCP e delle indicazioni volte a disciplinare la relazione tra fornitura pubblica dei fattori produttivi o il suo finanziamento e l'eventuale attività libero-professionale che di quei fattori potrebbe avvalersi;
- la messa a punto delle linee di indirizzo chiamate a disegnare un nuovo e più efficace collegamento tra il rapporto ottimale e cioè la valutazione del fabbisogno di professionisti e il lavoro di squadra che gli stessi devono sviluppare al fine di garantire una completa copertura assistenziale in raccordo con gli altri servizi distrettuali e con le centrali operative del 118, che tenga conto in particolare della necessità di tutela dei soggetti più giovani e fragili;
- la definizione di indicazioni atte ad orientare in modo più incisivo e prevalente l'attività dei pediatri di libera scelta verso la funzione di prevenzione attiva e lo sviluppo della gestione della continuità dell'assistenza in particolare nel caso delle patologie croniche attraverso un raccordo più stretto con il livello ospedaliero;
- la revisione delle modalità di compenso conseguente sia alle scelte indicate al precedente paragrafo (riutilizzo dell'insieme degli incentivi e delle indennità, affidamento della parte variabile della remunerazione agli AIR), sia alla possibilità di predisporre un sistema di finanziamento a budget dei medici operanti nelle nuove modalità organizzative e in particolare nelle UCCP;

3. Specialistica ambulatoriale

L'aggiornamento dell'ACN di questo settore deve partire da due rilevanti elementi di fondo manifestatisi negli anni più recenti. Il primo riguarda il numero di ore di attività professionale cresciuto costantemente e passato da 14,7 milioni del 2009 ai 17,4 milioni del 2012, con un incremento pari al 18,4% in quattro anni. Il secondo elemento è dato dalla diversa entità di tale fenomeno sui territori aziendali e regionali, indice del fatto che, nel quadro di una crescita generale, in alcune aree del paese l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali convenzionate ha assunto un peso e un ruolo determinanti ai fini del soddisfacimento della domanda che si rivolge a tutta l'assistenza specialistica ambulatoriale pubblica.

In estrema sintesi la specialistica ambulatoriale convenzionata si presenta ad un tempo sempre più rilevante ai fini del soddisfacimento della domanda di prestazioni e sempre più "parte" della rete pubblica dei servizi specialistici.

Sulla base di questi assunti, il nuovo ACN deve svilupparsi coerentemente verso due obiettivi tra loro strettamente legati. Si tratta di riconoscere da un lato maggior rilievo alla specialistica ambulatoriale convenzionata nell'ambito della programmazione regionale e di accompagnare dall'altro un processo di progressiva e più intima integrazione di tale settore all'interno delle logiche di sviluppo e degli assetti organizzativi della medicina specialistica pubblica. Ciò comporta in particolare una riscrittura del testo dell'ACN che preveda:

- a) Una maggior attenzione ai principi e ai criteri generali da parte dell'ACN e, fatti salvi i contenuti concernenti la specifica disciplina del contratto di lavoro e i diritti dei professionisti, un più elevato grado di competenza da parte degli AIR relativamente agli aspetti organizzativo-gestionali;
- b) La possibilità per le Regioni di progettare le nuove AFT più come un'articolazione dell'intero sistema regionale dei servizi che non un elemento dotato di una propria logica di funzionamento solo interna. In altri termini la creazione delle AFT (numero e ambito territoriale di pertinenza), i loro livelli di attività (tipologia di prestazioni, variabilità dell'offerta delle stesse) e dunque la regolazione dei nuovi assetti organizzativi, dei flussi di entrata e di uscita delle ore (offerta di servizi) acquisite dal convenzionamento devono discendere dalla stima del fabbisogno e perciò dalla programmazione regionale/locale. Come dev'essere programmata e governata l'organizzazione dei servizi sanitari di secondo e terzo livello (regime di ricovero e regime ambulatoriale), cercando di rispettare il principio della rete e la logica dei diversi livelli di complessità (Hub & Spoke) dei servizi e delle competenze, allo stesso modo dovrebbe essere progettata e governata l'organizzazione dei servizi

specialistici forniti attraverso l'impiego dei professionisti convenzionati, che negli ultimi anni sono andati assumendo la consistenza di un elemento strutturale del SSN e non semplicemente di un segmento marginale cui occasionalmente si poteva far ricorso come in passato.

- c) La rivisitazione delle norme e delle procedure che disciplinano gli aspetti periferici del rapporto di lavoro per renderli più vicini a quelli che caratterizzano il lavoro dipendente, ci si riferisce in particolare ad un ruolo più qualificante del Comitato zonale che ad esempio potrebbe essere direttamente impegnato nel monitoraggio dell'attività di programmazione e ad un nuovo approccio con cui affrontare le problematiche afferenti alla Commissione di disciplina.

Il processo di negoziazione

Alla luce del lavoro da svolgere, si ritiene non praticabile e poco produttivo un processo di negoziazione che si svolga in parallelo, nel quale tutti e tre i tavoli di lavoro vengono aperti e procedono contemporaneamente.

Tale modalità o meglio una serie di riunioni comuni a tutte rappresentanze sindacali di tutti i settori potrebbe essere riservata alla presentazione e messa a punto degli articoli di cui al primo paragrafo, con la sola eccezione dell'aggiornamento del testo dell'ACN.

La parte centrale e più impegnativa del lavoro che, per una intelligente riscrittura degli articoli, richiede lo sviluppo e la condivisione di una nuova impostazione riguardante l'intero corpo degli ACN, che comporta l'adozione di un approccio diverso rispetto al passato fondato più su una logica di settore che su un punto di vista individuale, ovvero la messa a punto di una nuova base concettuale su cui le cure primarie possano ancorarsi e crescere insieme ad un nuovo SSN. Tale parte centrale e impegnativa, proprio per le caratteristiche richiamate, dovrebbe essere affrontata nei confronti di ciascun settore senza soluzione di continuità, cioè attraverso un processo che si sviluppa in sequenza.

Quest'ultimo approccio (o varianti parziali dello stesso ma di durata non breve) sembra praticabile anche in considerazione del fatto che in questa sessione di rinnovo l'oggetto degli accordi è solo la parte normativa, vengono meno cioè le palesi controindicazioni che potrebbero esserci qualora si trattasse anche della parte economica.