

# Bozza

## Atto di indirizzo

### Premessa

La fase negoziale che deve aprirsi sulla scorta del presente atto di indirizzo, in forza del decreto legge 158/2012, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, si presenta a tutti gli effetti come straordinaria. Per due motivi principali. Il primo è perché interrompe il blocco contrattuale disciplinato con legge fino al 2014 compreso. Il legislatore ha ritenuto con ogni evidenza che, nei confronti dell'area convenzionata, i cambiamenti da introdurre nelle regole contrattuali e recepiti nel provvedimento citato racchiudano un valore normativo tale da dover essere formalizzati quanto prima nel testo di nuovi Accordi.

Il secondo motivo risiede nel fatto che le nuove disposizioni di legge, forse a causa dell'accentuata contrapposizione tra gli orientamenti dei principali attori istituzionali, conservano al loro interno parecchi aspetti irrisolti o privi della necessaria coerenza.

L'art.1 della legge 189/2012 detta sia nuovi indirizzi per gli ACN, sia nuove disposizioni per le Regioni. Con riferimento a queste ultime, si ritiene opportuno richiamare i seguenti aspetti per gli effetti che possono esercitare sia sul processo negoziale, sia sull'applicazione complessiva dell'art.1 citato.

Il primo aspetto è dato dal riconoscimento delle competenze regionali in materia di organizzazione sanitaria che avviene quando si afferma (comma 1) che "le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria.... secondo modalità operative che prevedano forme organizzative mono ..... e multi professionali.....". Al riguardo va osservato che si tratta di un riconoscimento solo apparente giacché la dotazione strutturale, strumentale e di servizi (e dunque il numero e la dislocazione geografica) delle forme organizzative mono (AFT) e multiprofessionali (UCCP) richiedono la stipula di accordi regionali o aziendali (art. 1, comma 2, bquinqies). Per inciso si fa notare che attraverso questo comma si pone in capo alle Regioni un nuovo e non trascurabile onere: quello di attrezzare anche tutte le organizzazioni funzionali (AFT).

E questo è il secondo aspetto che si ritiene di dover evidenziare. Le forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), oltre come già detto a dover essere fornite di tutti i mezzi di produzione, erogano assistenza primaria attraverso il personale convenzionato cui si può aggiungere eventualmente, qualora la convenzione nazionale lo preveda e le Regioni lo decidano, anche personale dipendente del SSN. In merito tuttavia sorge un dilemma: dal momento che per definizione queste AFT hanno natura funzionale e non hanno dunque una struttura centrale di riferimento, a chi devono essere forniti i mezzi di produzione e dove potrebbe essere collocato l'eventuale personale dipendente? a tutti gli ambulatori medici che le compongono o a qualche fantomatico centro di coordinamento tutto da inventare?

Si deve aggiungere, per chiudere la premessa, che questo straordinario rinnovo

contrattuale non potrà contare su alcun finanziamento. Tale aspetto ricorre con puntigliosa frequenza nel testo della legge.

Infine la legge, come previsto al comma 6, indica dei tempi e delle priorità nell'adeguamento degli accordi collettivi nazionali, adeguamento che, entro 180 giorni dalla sua entrata in vigore, deve avvenire con particolare riguardo ai principi di cui al b-bis) disciplina delle forme organizzative mono e multiprofessionali, b-ter) adozione di eventuali forme di finanziamento a budget delle forme organizzative multiprofessionali, 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.

### **Indirizzi per i nuovi ACN**

In ossequio alle richiamate disposizioni legislative, si ritiene che gli ACN vigenti debbano essere aggiornati con riferimento particolare ai punti del comma 6, art. 1, della legge 189/2012, citati in premessa. Si tratta in sintesi, 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 Dlgs 502/92; dall'altro di introdurre e disciplinare nell'ACN della Medicina Generale il nuovo istituto del ruolo unico della medicina generale appunto. 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 riguarda anche altri aspetti di rilievo minore rispetto a quelli citati, deve avvenire, come già indicato in premessa, senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica.

I nuovi principi introdotti nell'art.8 del Dlgs 502/92 chiedono prima agli Accordi nazionali e a cascata a quelli regionali e aziendali di delineare un assetto organizzativo dei servizi territoriali delle cure primarie che, per la componente convenzionata, sia strutturato attorno a due forme organizzative, le AFT e le UCCP magari inserite in una rete di poliambulatori, 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 anche ad altri professionisti (nelle UCCP), 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 che sono: l'assistenza primaria, la continuità assistenziale e l'emergenza territoriale. Tale processo tuttavia deve avvenire fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali (comma 3, art.1. legge 189/2012).

Compiti specifici delle nuove convenzioni nazionali sono quelli elencati di seguito:

- Definire le caratteristiche generali (funzioni, competenze professionali coinvolte), nonché i compiti, le funzioni e i criteri di selezione del referente o coordinatore delle AFT e delle UCCP;

- Individuare condizioni, requisiti e modalità con cui le Regioni 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 l'esclusività del rapporto di lavoro del singolo professionista col SSN, tra i requisiti l'esplicitazione di una divisione del lavoro tra i professionisti che compongono sia l'AFT che l'UCCP capace di garantire una copertura assistenziale giornaliera per 7 giorni la settimana, tra le modalità va incluso il processo di riconversione delle strutture ospedaliere. In ogni caso si deve prevedere la sospensione e la successiva riconversione di tutte quelle indennità riconosciute dalla convenzione nazionale vigente per lo sviluppo strutturale (incentivi per associazionismo, indennità informatica, incentivi per personale,

etc...);

- Prevedere le modalità 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;

- Istituire il ruolo unico della medicina generale e prevederne l'accesso a mezzo di una graduatoria unica per titoli annualmente stilata a livello regionale e valida per tutti i settori funzionali dell'area e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli 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.

Roma, 22 novembre 2012