



Ministero dell'economia e delle finanze

Gabinetto

prot. n. 12332

Roma, 15 GIU. 2015

COMITATO DI SETTORE REGIONI - SANITÀ
23. GIU. 2015
PROT. N° 65/COMITATO CASAN

Al Ministero della salute
- Ufficio di Gabinetto
(Rif. nota n. 4474 del 15.5.2015)

e, per conoscenza

Alla Presidenza del Consiglio dei
Ministri
- Segretariato Generale

Alla Conferenza delle Regioni e delle
Province autonome

All' Ufficio del coordinamento
legislativo

All' Ufficio legislativo Economia

Al Dipartimento della Ragioneria
Generale dello Stato

LORO SEDI

OGGETTO: Aggiornamento dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata.

Si fa riferimento alla nota in epigrafe, con la quale codesto Dicastero ha inviato, per le valutazioni di competenza in merito alla compatibilità economico-finanziaria, l'Aggiornamento dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata.

A tal riguardo, si trasmette il parere reso dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, con nota n. 46537 del 4.6.2015.

Il Direttore dell'Ufficio

107
/



Ministero
dell'Economia e delle Finanze
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO
ISPETTORATO GENERALE PER LA SPESA SOCIALE
UFFICI II e VIII

GENTILE

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE GABINETTO DEL MINISTRO
5 015 1215
11716

Roma,

Al Gabinetto del Ministro
SEDE

All' Ufficio Legislativo - Economia
SEDE

Allegati:
Risposta a nota del:

OGGETTO: Atto di indirizzo per la medicina convenzionata- Richiesta di parere

Si fa riferimento alla nota 10966 del 22 maggio 2015 (pervenuta a questo Dipartimento in data 26 maggio) con la quale codesto Gabinetto ha trasmesso a questo Dipartimento, per l'espressione del parere di competenza, l'atto di indirizzo predisposto dal Comitato di settore Regioni-sanità per la medicina convenzionata con il Servizio sanitario nazionale, ai fini del rinnovo delle convenzioni vigenti.

Al riguardo, si rappresenta quanto segue.

Il presente atto avvia il procedimento di adeguamento dei vigenti accordi collettivi nazionali (ACN), relativi ai rapporti convenzionali con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali, ai contenuti dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge n. 158 del 2012, convertito con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012, in materia di riordino dell'assistenza territoriale.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del medesimo decreto-legge, tale adeguamento deve essere attuato nei limiti dei livelli remunerativi fissati dagli accordi vigenti, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012 e delle disposizioni ivi richiamate tuttora vigenti.

Nelle premesse del documento, in attuazione di quanto previsto dal richiamato decreto-legge n. 158 del 2012, si afferma sostanzialmente quanto segue:

1) si richiama la necessità di una profonda revisione dell'assistenza territoriale, per l'erogazione dell'assistenza primaria con modalità multiprofessionali ed integrate, rimettendo alla convenzione nazionale l'organizzazione del rapporto di lavoro fra medici convenzionati e Servizio Sanitario Nazionale, nonché indicazioni di carattere generale sui modelli organizzativi (allo scopo di garantire una omogeneità minima di servizio a livello nazionale) e lasciando all'autonomia regionale la concreta revisione e riorganizzazione dei modelli organizzativi regionali.

Per quanto di competenza, nel prendere atto delle valutazioni espresse dal Ministero della salute nella nota n. 4474 del 15/05/2015, non si hanno osservazioni da formulare, risultando quanto rappresentato coerente con il citato decreto-legge n. 158 del 2012 e con quanto convenuto nell'articolo 5 del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (rep. Atti n. 82/CSR);

2) si afferma che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, pur mantenendo il fondamentale rapporto fiduciario con propri assistiti e il profilo di liberi professionisti convenzionati "con rapporto di lavoro parasubordinato con il SSN", dovranno essere inseriti nel modello organizzativo definito dalle regioni.

Nel richiamare il contenuto della nota del Ministero della salute n. 4615 del 20/05/2015 recante aggiornamento dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata approvato nella seduta dell'8 aprile 2015 - nella quale si specificano inoltre gli impegni assunti dal Governo e dal Comitato di settore tra i quali: "Il Governo e il Comitato di settore si impegnano a vigilare affinché in sede di rinnovo dell'ACN venga confermato e rispettato il profilo giuridico dei medici convenzionati, senza condurlo ad una condizione di subordinazione, mantenendo per i medesimi autonomia organizzativa nell'ambito delle scelte di indirizzo e programmazione sanitaria dello Stato e delle regioni...."...."e le specificità della medicina generale e della pediatria di libera scelta, nel rispetto del rapporto fiduciario"- si rappresenta che non si hanno osservazioni da formulare.

3) si richiama la necessità di una riscrittura delle convenzioni che mostrano carenze, obsolescenze e criticità interpretative, anche derivanti dalla stratificazione temporale e norme in materia.

Nulla da osservare, nel presupposto dell'invarianza finanziaria delle revisioni.

4) si afferma l'opportunità di introdurre nei nuovi accordi le disposizioni del decreto legislativo n. 150 del 2009 (recante l'attuazione della legge n. 15 del 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni) in quanto applicabili al settore del convenzionamento.

Nulla da osservare, nel presupposto dell'invarianza finanziaria delle revisioni.

Negli "Indirizzi per i nuovi ACN", nei quali peraltro manca il riferimento temporale dei nuovi accordi, si forniscono le seguenti indicazioni:

5) **pagina 4, terzo capoverso, secondo periodo:** si prevede che i nuovi accordi rechino, in modo esplicito e senza ambiguità, il principio dell'obbligatorietà dell'adesione dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informatico di ciascuna regione e al sistema informativo nazionale.

Al riguardo, per completezza e allo scopo di evitare qualsivoglia dubbio interpretativo, risulta necessario specificare che l'obbligatorietà di aderire al "sistema informativo nazionale" coinvolge anche, come precisato dal decreto-legge n. 158 del 2012 e dall'articolo 5 del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (rep. Atti n. 82/CSR), il "Sistema tessera sanitaria". Pertanto, dopo le parole "informativo nazionale" si chiede di inserire le seguenti: "compresi gli aspetti relativi al Sistema della tessera sanitaria, nonché alla ricetta elettronica dematerializzata";

6) **pagina 4, quarto capoverso:** il processo di aggiornamento e integrazione degli ACN vigenti dovrà riguardare, fra l'altro, le "modalità di compenso dei professionisti convenzionati ... senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica";

Non si hanno osservazioni da formulare;

7) **Pagina 5, secondo capoverso, secondo periodo:** si prevede la figura di un referente/coordinatore, adeguatamente qualificato, che promuova i processi di integrazione nel SSN.

Nel rilevare che l'espressione "adeguatamente qualificato" necessita di una specifica definizione, si fa presente che è necessario inserire una clausola di invarianza finanziaria, con la precisazione che detta figura è attivata nell'ambito del personale già convenzionato;

8) **Pagina 6, primo capoverso:** si prevede che l'ACN regolamenti l'istituto del ruolo unico, in modo da garantirne a regime l'uniformità sul territorio nazionale e definire la gradualità di applicazione dello stesso negli anni.

È necessario che l'indirizzo precisi che tale istituzione debba avvenire, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali (art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 158 del 2012) sia in fase di graduale applicazione, sia a regime, e comunque nel rispetto della normativa vigente in merito ai vincoli in materia di crescita dei trattamenti economici del personale convenzionato;

9) **Pagina 6, primo trattino:** si prevede che le regioni, entro sei mesi dalla sottoscrizione dell'ACN, provvedano a definire la programmazione regionale finalizzata alla definizione del percorso per il superamento di tutte le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo ecc), per sostituirle con le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le unità complesse di cure primarie (UCCP), tenendo conto delle proprie specificità.

Non si hanno osservazioni da formulare, tenuto conto del fatto che tale indirizzo risulta coerente con quanto concordato da Governo e regioni in sede di Patto per la salute 2014-2016;

10) **Pagina 7 quarto trattino:** si prevede quanto segue:

- a) le modalità di finanziamento verranno definite a livello regionale nei limiti delle risorse disponibili, riassegnando le indennità erogate "a tali fini", salvaguardando gli investimenti già effettuati da ciascun convenzionato.

Si rappresenta preliminarmente che la formulazione non risulta chiara, in quanto fa riferimento a risorse erogate a "tali fini" che non sono meglio specificati. Pertanto l'espressione necessita di una qualificazione, anche al fine di individuare esattamente gli istituti contrattuali a cui si fa riferimento.

Assumendo che le indennità in oggetto siano quelle riferite allo sviluppo strutturale ed organizzativo (come si evince dal testo a fianco riportato e riferito al precedente schema di Atto di indirizzo) si osserva che risulta vaga l'espressione "salvaguardando gli investimenti già effettuati da ciascun convenzionato", in assenza di indicazioni circa i limiti qualitativi, dimensionali e temporali degli investimenti oggetto di tutela e pertanto tale indirizzo è suscettibile di determinare maggiori costi in relazione alla possibile duplicazione di spese connesse, da una

parte, all'attivazione delle AFT e, dall'altra, alla salvaguardia degli investimenti dei singoli medici convenzionati (cosa che implica una permanente rigidità organizzativa nell'attuazione delle AFT stesse quali forme organizzative della medicina convenzionata, fino alla possibile vanificazione dell'efficientamento che la nuova configurazione organizzativo-funzionale intende perseguire). Tale possibilità di duplicazione dei costi risulta avvalorata dal fatto che il presente Atto di indirizzo, a pagina 8, ultimo trattino, ha espunto, rispetto alla versione precedente (a fianco riportata) la previsione che alle dotazioni strutturali, strumentali e di servizi delle AFT e delle UCCP si provveda senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica.

Pertanto risulta necessario che la generica previsione della salvaguardia sia sostituita con la precisazione degli investimenti oggetto di tutela (in coerenza con la riorganizzazione programmata e in quanto funzionali alla concreta realizzazione della citata riorganizzazione) e del periodo della tutela stessa, affinché sia chiara e definita per le regioni l'entità delle risorse finanziarie comunque non disponibili per ulteriori investimenti nelle AFT anche con riferimento ad un profilo pluriennale. In ogni caso va inserita una clausola di invarianza finanziaria;

- b) si prevede che le indennità e gli incentivi ora erogati per lo sviluppo strumentale ed organizzativo siano indirizzati al finanziamento di fattori produttivi, tenendo conto delle articolazioni che le AFT assumeranno sul territorio di competenza in sede unica, ovvero con sede di riferimento e studi decentrati. Si prevede altresì che l'impiego delle quote destinate a questo scopo sia opportunamente rendicontato.

Tale previsione non risulta di agevole comprensione, anche con riferimento ad una lettura sistematica con quanto indicato al precedente punto a): infatti, se da un lato si parla di una nuova finalizzazione delle risorse (verosimilmente le stesse di cui al punto a)), dall'altro sembrerebbe comunque che le indennità debbano continuare ad essere erogate in favore dei medici, con la sola variante di prevedere una rendicontazione a cui non è correlata alcuna ulteriore implicazione. L'indirizzo non è dunque chiaro in merito alla sua innovatività ai fini dell'attivazione delle AFT. Nel risultare pertanto necessario un chiarimento, si segnala fin d'ora la necessità della previsione dell'invarianza finanziaria rispetto agli incentivi vigenti;

- c) si prevede che, nel rispetto dei vincoli e senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, le regioni, una volta assicurato l'equilibrio di bilancio ed il contributo della singola regione al risanamento dei conti pubblici nazionali, sulla base della loro programmazione, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 5 del Patto per la salute, potranno destinare risorse liberate dai processi di riorganizzazione per supportare l'aggregazione dei medici convenzionati, con dotazioni strutturali, strumentali e umane. In ogni caso, come previsto dalla vigente normativa, non sarà possibile incrementare le risorse retributive.

L'indirizzo è volto a dare la possibilità alle regioni di concedere ulteriori risorse per fattori produttivi impiegati dai medici e genericamente indicati come "dotazioni strutturali, strumentali ed umane". Non è chiaro se il finanziamento in oggetto si riferisca a fattori produttivi di proprietà dei medici o a fattori di proprietà delle aziende sanitarie: ove si trattasse dei primi (che allo stato sono a carico dei medici convenzionati, in quanto liberi professionisti) l'indirizzo implicherebbe, di fatto, un incremento retributivo, contraddicendo la parte in cui stabilisce comunque l'impossibilità di incrementare le risorse retributive. Pari ambiguità investe le dotazioni umane indicate dall'indirizzo stesso.

Tale punto necessita pertanto di precisazioni, anche con riferimento alla verifica degli equilibri dei bilanci sanitari regionali che costituiscono uno dei presupposti irrinunciabili per la concessione dei finanziamenti in oggetto, tenuto conto del fatto che l'equilibrio delle singole regioni è verificato con cadenza annuale, nel mentre un riconoscimento convenzionale assume natura permanente. Si segnala in ogni caso la necessità che tali equilibri vengano qualificati come "strutturali", restando esclusa la concessione in oggetto a fronte di equilibri raggiunti con misure temporanee.

- 11) **pagina 12, terzo trattino:** si prevede che la contrattazione individui norme che, senza oneri aggiuntivi per il servizio sanitario nazionale, favoriscano il progressivo turn over dei medici, in modo da facilitare il più rapido inserimento dei giovani medici. Si prevede analoga procedura anche per gli altri convenzionati.

Nei limiti in cui l'indicato ricambio generazionale non avvenga in base a quanto previsto dalla legislazione vigente in materia di requisiti di accesso al pensionamento, nonché, in particolare,

in base a quanto previsto dal decreto-legge n. 90 del 2014, convertito con modificazioni con legge n. 114 del 2014 (articolo 1) dalla previsione (che non può essere al riguardo demandata a contratti collettivi in deroga a norme vigenti) conseguirebbero maggiori oneri previdenziali. Risulta pertanto necessario integrare l'atto prevedendo il rispetto dei limiti di cui alla citata legislazione.

Il Ragioniere Generale dello Stato

