

RISPOSTA FIMMG A PIATTAFORMA NEGOZIALE SISAC

PREMESSA

La FIMMG, quale associazione più rappresentativa dei Medici di Medicina Generale italiani, ha da tempo evidenziato la necessità e l'opportunità di un profondo cambiamento degli obiettivi e della organizzazione del lavoro nella Medicina Generale per rispondere, da un lato, alla evoluzione dei determinanti della salute e, dall'altro, alla necessità di rimodulare l'assistenza in funzione di un più appropriato ed efficiente uso del finanziamento complessivo del SSN e dei singoli Servizi Sanitari Regionali.

Fimmg ritiene altresì imprescindibile, per un evidente meccanismo di reciproco potenziamento, che tutto ciò avvenga attraverso l'amalgama di tali innovazioni con i fondamenti della relazione fiduciaria e della capacità di prossimità, caratteristiche fortemente gradite ai cittadini e proprie della Medicina Generale.

Tali auspicati cambiamenti sono stati più volte proposti da FIMMG all'attenzione degli organi istituzionali, sin dal 2007, nel progetto conosciuto come "Ri-fondazione della Medicina Generale". Alcuni dei contenuti di tale progetto sono stati recepiti nella Legge 189/2012 che ha anche e soprattutto sottolineato la necessità di una preventiva ridefinizione contrattuale dell'area della medicina convenzionata onde consentire una congruente riorganizzazione del territorio.

Nella piena consapevolezza del periodo di crisi economica e conseguentemente sociale che il nostro Paese sta attraversando, ci si è temporaneamente resi disponibili ad un rinnovo contrattuale normativo senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica, anche prima che ciò fosse ripetutamente previsto e consolidato dalla legislazione statale quale strumento utile a fronteggiare la crisi economica nelle fasi più acute (Art. 9 Legge 30 luglio 2010, n. 122; Art. 16 L. 15 luglio 2011, n. 111; Art. 15 L. 7 agosto 2012, n. 135; L. 8 novembre 2012, n. 189; DPR 122/2013; commi 452-453-454 e 455, articolo 1, Legge 27 dicembre 2013, n. 147).

L'apertura della negoziazione per la definizione del rinnovo degli ACN dell'area convenzionata rende, però, necessario uno slancio ideale nella direzione del superamento della crisi, attraverso proposte di sviluppo che coinvolgano la Medicina Generale nella Governance del Servizio Sanitario come protagonista del cambiamento e non come oggetto di disposizioni dirigte, che avrebbero effetti recessivi sull'offerta assistenziale del territorio, mettendo a rischio i principi di equità e universalità del nostro SSN.

RISORSE – PERFORMANCE

La Medicina Generale, alla luce ed entro i limiti temporali delle norme finanziarie citate ricercherà comunque dinamiche di sviluppo, strutturerà una negoziazione che preveda un livello nazionale caratterizzato dalla definizione di un sistema che, partendo dalla massa salariale consolidata nei costi della categoria per l'anno 2010, si sviluppi senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica. Contemporaneamente definirà nell'ACN strumenti affinché gli Accordi integrativi decentrati di livello aziendale/regionale siano funzionali a meccanismi performanti e quindi competitivi nell'ambito del valore complessivo delle risorse costituenti i Fondi sanitari regionali (art. 1 comma 4 lettera a) L. 189-2012). Sarà quindi disponibile, senza aumentare le risorse degli stessi Fondi sanitari

regionali, una maggiore offerta di prestazioni per i cittadini. In questo senso la Legge 189/2012 opera come strumento della lettera c), comma 13, articolo 15 della Legge 7 agosto 2012, n. 135 nel perseguire l'obiettivo dello spostamento di livelli assistenziali, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare, e conseguentemente lo spostamento di risorse economiche e di personale (comma 2, articolo 1 Legge 189/2012) legate allo sviluppo di un territorio capace di riceverle.

INDIRIZZI NEGOZIALI E LEGGE 189/2012

Per attuare gli obiettivi definiti dalla Legge 189/2012 “Legge Balduzzi”, attraverso lo strumento, indicato dalla medesima, dell’ACN - quale fonte precostituita fin dalla Legge 833 del 1978 e dunque necessariamente in un’ottica partecipativa ex Art. 46 della Costituzione - è preliminare trovare l’accordo tra le parti negoziali sulle nuove basi strutturali da essa descritte.

Tale legge punta sul lavoro in squadra quale chiave per il rinnovamento.

Questa volontà potrà essere realizzata compiutamente solo a condizione che, sia le forme di aggregazione mono professionale (AFT) che quelle multiprofessionali (UCCP), possano poggiare su norme negoziate molto chiare, specie sui principi fondanti l'intero percorso:

- il profilo giuridico del Medico di medicina generale,
- i compiti da svolgere su base fiduciaria e/o oraria nell’ottica del Ruolo Unico,
- i coordinatori, gli elementi di reporting e budgetting,
- i formanti del trattamento economico di base (capitario, variabile, a prestazione, a performance) indirizzati ad una effettiva e riscontrabile premialità di tipo individuale e/o associativo,
- individuazione all’interno del trattamento economico delle risorse destinate a sostenere i cosiddetti “fattori di produzioni dell’assistenza”.

Non si considerano praticabili meccanismi che individuino in maniera precostituita, come fossero “ope legis”, termini, sanzioni e rinunce ad indennità, incentivi, quote per servizi e quote cosiddette variabili al solo scopo di sottrarli alla dovuta negoziazione, riducendo la parte di discussione sindacale dell’ACN alla mera presa d’atto di un meccanismo sanzionatorio, negando di fatto intenti di cambiamento positivo, che pur dovrebbero essere perseguiti dalla stessa parte datoriale.

La struttura complessiva della Legge 189/2012 deve essere interpretata in modo sistematico come previsto dall’articolo 12 delle Preleggi del codice civile). Alla luce di ciò i commi 1, 2 e 3 dell’art. 1 della Legge 189/2012 devono essere interpretati come di seguito:

- il comma 1 orienta le decisioni spettanti alle Regioni, in linea con il riconoscimento dell’impianto regionalista a seguito della Riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, vincolando le stesse ad alcuni obiettivi che sono impegnate a realizzare.

- il comma 2 identifica nel personale convenzionato, il soggetto pubblico tenuto all'Assistenza Primaria nelle forme previste e valuta limiti e condizioni specifiche per l'intervento di altre figure contrattuali a supporto della Assistenza Primaria.
- il comma 3 chiarisce chi compone il personale convenzionato e istituisce il ruolo Unico per i Medici di Medicina Generale.

Il comma 4 identifica nell'ACN gli strumenti per dare attuazione negoziale ai contenuti dei commi precedenti.

Gli obiettivi e gli indirizzi, inseriti in un ordine giuridico unitario di fonte nazionale (ACN), previsti comunque anche dalle riforme costituzionali, vengono indicati quindi attraverso il comma 4, che, modificando l'art. 8 del D.Lgs n. 502 del 1992, dovendo garantire un modello di riferimento per i LEA nel settore dell'Assistenza primaria (punto 0a), lettera a), comma 4, art. 1, Legge 189/2012), dà le indicazioni minime, ma necessarie, su ruolo, compiti, associazioni, opzioni performanti e riscontro delle performance.

Per FIMMG rimane preliminare e irrinunciabile alla trattazione degli elementi qualificanti del nuovo rapporto convenzionato, quale elemento di chiarezza, la definizione del **profilo giuridico contrattuale** del Medico stesso all'interno del Servizio.

Si dovrà pertanto costruire un complesso normativo che qualifichi il Medico di Medicina Generale come un professionista autonomo ai fini dello svolgimento - in forma personale e anche aggregata, delle funzioni essenziali contenute nell'ACN, nella consapevolezza che si tratterà di normativa di carattere generale disciplinante le funzioni standard della professione quale svolta secondo i canoni della predeterminazione economica del compenso e del coordinamento, costruendo una fonte normativa inderogabile ex legis.

In secondo luogo sarà indispensabile la definizione del **Ruolo Unico** come perno imprescindibile per la riallocazione efficiente e premiante delle risorse su compiti fiduciari e orari; rinviare, anche solo in parte, la definizione del Ruolo Unico o condizionarla alla realizzazione dei modelli organizzativi regionali, significa lasciare a ogni singola regione la discrezionalità della realizzazione di una propria figura professionale, non più ricollocabile in un quadro unico nazionale, unicità non tanto utile per motivi contrattuali, quanto fondamentale per l'erogazione uniforme dei livelli di cura garantiti dalla Medicina Generale ai cittadini di questa Nazione.

Pur definendo a livello nazionale i meccanismi di salvaguardia della massa salariale, sarà fondamentale rilasciare alle Aziende/Regioni la gestione degli elementi premianti le performance solo dopo aver chiarito cosa sia premiante e cosa sia indispensabile.

Allo scopo di motivare la categoria al cambiamento, l'insieme degli elementi retributivi deve essere sapientemente agganciato al funzionamento delle nuove AFT e UCCP in una logica di governance che veda i Medici partecipare alla pianificazione strategica dei costi a livello Distretto/Azienda/Regione.

SISTEMA SANZIONATORIO

In coerenza con l'impianto contrattuale/civilistico dell'ACN questo dovrà prevedere meccanismi di penalizzazione e sanzionamento che riguardino entrambe le parti in causa, poiché le inadempienze ed i ritardi nell'applicazione non possono essere considerati aprioristicamente imputabili alla sola parte medica.

SISTEMA INFORMATIVO

L'obiettivo di risolvere la grande complessità gestionale tipica dell'assistenza territoriale, ha bisogno di un sistema informativo capace di un'azione di reporting tra Medici e Aziende Sanitarie; l'ACN dovrà pertanto descrivere le attività che si devono svolgere per la gestione delle informazioni, le modalità organizzative con cui devono essere condotte tali attività e prevedere l'attribuzione della responsabilità della fornitura degli strumenti tecnologici con cui svolgerle: in un panorama nazionale e non regionale, come descritto dalla Legge 189/2012 ed in conformità alla necessità del cittadino di essere curato al meglio in ogni parte del Paese.

Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nei sistemi informativi, nazionali e non regionali, è già consolidato nell'ACN vigente, in cui viene opportunamente chiarito quali siano gli obblighi dei medici rispetto ai compiti e quali gli obblighi delle Regioni/Aziende rispetto alla copertura degli oneri tecnici ed economici.

ACN E DISCIPLINA DEL PUBBLICO IMPIEGO

Il D.lgs 165 del 2001, come modificato dal D.Lgs 150/2009, costituisce norma di riferimento per il Settore Convenzionato, posta la norma dell'art. 59 della L. 289 secondo la quale: "Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi, tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165". Trattasi di un riferimento dunque parziale (posto il rinvio ad alcune specifiche norme e non ad altre) non direttamente applicabile nel nostro caso, ma capace di guidare i negoziatori del Settore Convenzionato sul punto, come specificato, del **procedimento** di contrattazione. L'aspetto procedurale, laddove le parti non siano supportate da specifiche norme di settore, può trovare indicazioni nella lettera degli articoli richiamati.

Sosteniamo, considerato il dato formale appena richiamato, una non sovrapposibilità della disciplina degli istituti di cui agli artt. 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 (rapporti tra contratti collettivi di diverso livello, controlli sulla contrattazione integrativa, diritti sindacali, parte datoriale, procedimento di contrattazione, disponibilità della contrattazione collettiva e verifica, interpretazione autentica dei contratti) rispetto ai paralleli istituti disciplinati in via sostanziale nel Settore Convenzionato: **la dicitura e anche la scelta delle norme richiamate dispone a considerare gli aspetti procedurali e non anche quelli sostanziali; in assenza di norme di legge specificamente diverse, prevale sempre l'ACN.**

RAPPRESENTATIVITA' E DIRITTI SINDACALI

Appare necessario chiarire i contenuti riferibili alla rappresentatività e al conseguente diritto costituzionale di chi esercita la rappresentanza (Diritti sindacali). I principi normativi dovranno ispirarsi, in un contesto di massima trasparenza, al riconoscimento dei livelli di libertà e di autonomia del soggetto sindacale, senza disposizioni che nei fatti possano configurare controlli invasivi e ingiustificati, limitanti i diritti richiamati, che per loro natura e derivazione costituzionale non possono essere coerciti se non in base a specifiche disposizioni di legge. La definizione dei costi contrattuali di tali attività, per quanto assolutamente chiara e indiscutibile per prassi consolidata, dovrà essere esplicitata e, come

già avviene, rientrare nei costi del lavoro e non fatta apparire come un finanziamento aggiuntivo.

LA MEDICINA GENERALE – SINTESI DELLE CARATTERISTICHE SPECIFICHE E PRINCIPI FONDAMENTALI

In premessa Fimmg ribadisce l'assoluta volontà di salvaguardare il diritto del cittadino di scegliere il medico di fiducia ed il rifiuto di tutti i meccanismi – vedasi l'elenco di sedicenti principi pre o meta contrattuali - di sottrazione dal confronto negoziale di qualsiasi decisione che su tale diritto, in costanza di legge, possa influire, limitandolo.

Alla luce di quanto già detto appare utile riassumere i momenti fondanti del rinnovo contrattuale nei seguenti punti:

1. Definizione del profilo giuridico del Medico di medicina generale convenzionato a ruolo unico come discendente direttamente dall'art. 8 del D.lgs n. 502 del 1992 s.m.i., che disciplina il rapporto individuale libero professionale dei medici di medicina generale.

2. Definizione del ruolo unico nell'ottica di una medicina generale identificata come unica attività, fiduciaria e oraria, quale premessa alla revisione dell'ACN ed alla riallocazione efficiente e premiante delle risorse su compiti tradizionali, ma anche innovativi, come quello didattico e tutoriale delle AFT per consentire ai tirocinanti di svolgere attività assistenziale tutorata e retribuita ad ore.

Considerata la complessità del passaggio al ruolo unico sarà necessaria la definizione di una eventuale norma di transizione che ne favorisca la tempistica e motivi i professionisti al cambiamento.

3. Definizione della partecipazione della medicina generale, territorialmente attraverso anche figure di coordinamento, ai processi di pianificazione strategica, distrettuale/aziendale/regionale che attivino processi di budgetting e migliorino la competitività di AFT e UCCP nell'offerta di servizi socio-sanitari e assistenziali ai cittadini.

4. Ristrutturazione del compenso con l'evoluzione della quota variabile da quota per servizi e prestazioni a quota per performance, con meccanismi che permettano l'accountability del sistema della medicina generale dal singolo medico alla AFT/UCCP di cui fa parte e che però garantiscano il mantenimento della massa salariale disponibile al 2010 e i rispettivi meccanismi previdenziali.

PROCESSO NEGOZIALE

La FIMMG non ritiene di poter affrontare discussioni generali senza una prioritaria definizione degli ambiti contrattuali specifici. La parte pubblica/istituzionale avrà il ruolo e la responsabilità di decidere la sequenza delle aree convenzionate da coinvolgere in successione, responsabilità che dovrà tener conto che dalla scelta delle sequenze deriverà chiaramente il modello di assistenza territoriale che si vuole proporre ai cittadini.

Considerate le specificità attribuite dalla Legge 189/2012 all'area della Medicina Generale, la FIMMG condiziona la propria partecipazione al tavolo negoziale alla discussione delle proprie argomentazioni su un tavolo separato da quello delle altre organizzazioni sindacali

rappresentative per l'area della Medicina Generale. Ciò anche in considerazione della necessità di un complesso e coerente lavoro tecnico di revisione del testo normativo contrattuale da determinarsi in un confronto tra le parti senza altre interlocuzioni, che dovranno essere esplicitate nei confronti della parte pubblica in momenti diversi e separati e di cui la parte pubblica si farà garante di sintesi, tenendo debitamente conto dei singoli livelli di rappresentanza.

BOLLA