



Roma, 12 maggio 2014

Prot. 97/2014

Spett.le  
SISAC  
Via Nazionale 75 – Roma

Mail: [segreteria@pec.sisac.info](mailto:segreteria@pec.sisac.info)

Le trattative si sono aperte con una sensazione di déjà vu, con il ripetersi di vecchi riti da “I Repubblica”. La FIMMG prima, lo SNAMI poi, hanno chiesto incontri separati dalle altre sigle sindacali, interpretando, o meglio, mortificando così le stesse norme che regolano i tavoli per la contrattazione per il rinnovo dell’ACN per la medicina generale.

Non si comprende come un sindacato, oltretutto il più rappresentativo dell’area, possa avere il “panico” da confronto: un’inconscia paura alla “democrazia”. Seguito, come un replicante, dalla seconda sigla del settore, spinta da chissà quali spirito emulativo.

Lo SMI non è d’accordo con queste richieste perché prive di logica: la trattativa è tra la parte pubblica e i sindacati dei medici, in modo trasparente, pubblico, con una dialettica aperta tra tutti i protagonisti nell’interesse della categoria e del SSN.

Infine, vogliamo richiamare la SISAC a valutare un aspetto fondamentale: se passasse questa linea dei tavoli separati ne deriverebbe un effetto domino anche sulle altre convenzioni, cioè Specialistica Ambulatoriale e Pediatria, con la conseguenza che codesto ente si troverebbe a dover condurre trattative multiple. Una sorta di balcanizzazione della contrattazione. Un effetto deleterio, che vorremmo tutti che si scongiurasse.

Fatta questa doverosa premessa Vi esponiamo i punti principali della proposta di Nuova Convenzione per la Medicina Generale elaborata dal Sindacato dei Medici Italiani ( SMI).

Cordiali saluti

Salvo Cali



## **PIATTAFORMA S.M.I A.C.N. 2014**

Il Sindacato dei Medici Italiani difende e sostiene i contenuti “universalistici” della legge 833, consapevole della pesante situazione socio-economica che il Paese attraversa e delle conseguenze derivanti dall’applicazione della cosiddetta Legge Balduzzi, che si pone l’obiettivo di ripensare il contenimento della spesa. Ma la riorganizzazione dell’area non può essere pagata dai medici e non è accettabile l’erosione dei redditi soggettivi. Riallocare le poste variabili della retribuzione non può produrre una diminuzione del reddito dei singoli. Ai medici può essere chiesto (a reddito costante) di modificare la struttura della retribuzione rimodulando le risorse finalizzate ad attività prestazionali anacronistiche o non funzionali alla nuova organizzazione, ma senza incidere negativamente sul reddito acquisito. Non è accettabile che il nuovo ACN, con la scusa della riorganizzazione, riduca la retribuzione dei medici. Una migliore gestione delle risorse (lotta al malaffare e alla cattiva gestione), oltre allo spostamento di fondi dall’ospedale al territorio, servirà senz’altro a finanziare la maggiore qualità dall’assistenza operando una rimodulazione e una redistribuzione del finanziamento del SSN per il potenziamento e la riorganizzazione della rete territoriale.

Un ACN forte che ponga argine alla eccessiva “regionalizzazione” e di conseguenza agli eccessivi sprechi e sperequazioni derivanti è auspicabile, così come una revisione della riforma del Titolo V che di tale regionalizzazione è l’origine. Il ripensamento di un nuovo Contratto deriva, oltre che dagli obblighi di legge, dal bisogno di riportare l’attività clinica al centro del disegno programmatico e organizzativo istituzionale a causa delle emergenze sanitarie, alle quali occorre far fronte. Le esperienze del passato recente dimostrano come l’attività sanitaria territoriale in prima linea, di front-office con gli assistiti non sia sufficientemente valutata dalle formule matematiche ed economicistiche dimenticando che l’assistenza medica territoriale è più assimilabile ad un processo di tipo biologico che a una serie di teorie matematiche contabili.

In questa logica va inquadrata la riorganizzazione delle cure primarie, non uno slogan per i giornali, ma una vera razionalizzazione dei servizi che veda il territorio come snodo strategico per il superamento della costosa, inefficiente e ormai antiquata visione ospedalocentrica del SSN.

In attesa di investimenti adeguati, questa nuova convenzione si rinnova a risorse invariate, cioè a “costo zero”, possiamo però introdurre alcuni assi portanti per questo importante cambiamento (che abbiamo riassunto di seguito con alcune parole chiave). Tra questi, è centrale la stretta correlazione tra ruolo unico e tempo pieno. Non è pensabile che nel prospettato processo di unificazione di tutte le figure della medicina generale non si includa la fine della precarietà e dell’attuale frammentazione: bisognerà dare certezze e prospettive ai professionisti che operano nel ruolo unico, prevedendo, nelle forme e nei tempi possibili anche alla luce delle esperienze di alcune regioni, il tempo pieno, garanzie e la fine del ricorso massiccio ai contratti a tempo.

Non solo: si devono affrontare altri nodi irrisolti o, almeno, cominciare a prefigurare risposte adeguate, anche dal punto di vista formativo, a una vera e propria mutazione antropologica del lavoro dei camici bianchi, si pensi alle sfide dell’innovazione tecnologica, agli aspetti relazionali derivanti dal lavoro in équipe, ma soprattutto al passaggio dalla medicina di attesa a quella di iniziativa, anche nel rapporto con i cittadini. Non possiamo arrivare impreparati, scaricando tutto l’onere di questa trasformazione sulle spalle dei medici e nel volontarismo delle Regioni. Infine, in questo contesto, tra tutti i medici impegnati sul territorio va richiamata l’attenzione sull’area dell’emergenza 118 che, oltre a garantire i cittadini nei momenti più difficili della loro vita, rappresenta anche il tipico esempio di collegamento tra Ospedale e Territorio. Questi professionisti operano comunque, il più delle volte, in situazione di incertezza contrattuale e normativa, quindi vanno garantite tutele e certezze attraverso un accordo di transizione propedeutico al passaggio a dirigenza. Allo stesso modo, va data maggiore attenzione contrattuale ai medici della Continuità Assistenziale, della Medicina dei Servizi e della Medicina Penitenziaria, mentre per tutte le figure della Medicina Generale bisogna riconoscere le tutele di cui godono tutti i lavoratori. Infine: Anche se lo spazio



giuridico degli AACCNN non consente di affrontare alcuni dei temi accennati in questa premessa, è pur vero che non si può prescindere dalla consapevolezza che le future convenzioni debbano essere inserite in un quadro di insieme coerente con le prospettive dell'area, indipendentemente dalla possibilità di conseguire risultati nel breve periodo.

Un'ultima notazione di metodo: è indispensabile l'elaborazione di un testo di facile lettura nel quale siano abolite sovrapposizioni temporali di norme e direttive contraddittorie, di evidente complessità, farraginosità, con una eccessiva soggettività interpretativa e che contenga una integrazione delle direttive più recenti.

#### **PAROLE CHIAVE:**

- **RUOLO UNICO E TEMPO PIENO**
- **TEAM TERRITORIALE INTEGRATO, ASSOCIAZIONISMO, INFORMATIZZAZIONE**
- **GOVERNO CLINICO-VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE**
- **TUTELE**
- **FORMAZIONE: MMG SPECIALISTA IN MEDICINA GENERALE DEL TERRITORIO**
- **DIPENDENZA – DIRIGENZA (della Medicina dei Servizi e del 118 e, in particolari contesti, della CA)**

#### **CRONICITÀ E FRAGILITÀ: LE EMERGENZE CRESCENTI**

Per poter avere un impatto significativo sull'emergenza assistenziale e sanitaria è essenziale che il lavoro territoriale della medicina generale e di tutti gli attori che operano sul territorio sia organizzata in attività di team integrati monoprofessionali, multiprofessionali e multidisciplinari, orientata ad ogni singolo assistito che presenti problematiche collegabili alla cronicità e alla fragilità in senso lato, ferma restando la necessità di adattare l'assistenza alle singole realtà sulla base delle necessità peculiari di ogni territorio e di ogni comunità. (Aft/Associazioni Funzionali Territoriali - Ast/Associazioni Strutturali Territoriali)

Non può esistere un modello unico di attività integrata.

L'assistenza ai "sani" può proseguire secondo gli schemi assistenziali attuali ampiamente e lungamente sperimentati, implementando la Medicina di iniziativa indispensabile a diminuire l'epidemia di cronicità e fragilità in atto

#### **RUOLO UNICO E TEMPO PIENO**

Il "ruolo unico" è il superamento della distinzione tra i singoli compiti attualmente riconosciuti alla medicina generale (artt. 45, 67, 78 e 95 del ACN 2009), al fine di unificare le aree contrattuali della MG e definire l'accesso unico a tempo pieno nella medesima area professionale (36h/settimana, attraverso un'unica graduatoria). Non si può parlare di ruolo unico prescindendo dalla necessità di ottenere per AP, CA, MdS ed ET, uguali tutele (malattia, maternità e ferie) e retribuzioni (ivi compreso il TFR), di fatto già riconosciute alla Specialistica Ambulatoriale.



## **TEAM TERRITORIALE MULTIPROFESSIONALE E MULTISCIPLINARE INTEGRATO**

### **Si deve garantire:**

- l'applicabilità diffusa e immediatamente attuabile;
- non richiede strutture particolari o strumentazioni in aggiunta a quelle già in uso;
- risponde effettivamente ai bisogni emergenti (cronicità e fragilità);
- riporta centralità gestionale e decisionale all'assistenza e alla clinica;
- valorizza le caratteristiche distintive della medicina generale del territorio in una visione attuale, moderna, sostenibile ed innovativa;
- facilita l'inserimento dei giovani medici e degli altri professionisti attori nell'assistenza territoriale;
- ogni MMG può rivestire il ruolo di coordinatore di team sia che il medico operi singolarmente che in gruppo;
- ogni medico che operi in zone disagiate o disagiatissime può attivare le riunioni e i team utilizzando strumenti informatici avanzati ma semplici da utilizzare (stanze virtuali).

## **TEAM TERRITORIALE INTEGRATO-ASSOCIAZIONISMO**

### **Il contratto deve prevedere:**

- eliminazione delle eccessive differenze regionali nelle opportunità, e conseguente omogeneizzazione dell'assistenza;
- affermazione degli elementi fondamentali tipici dell'associazionismo: ogni forma associativa tra MMG è libera, volontaria, paritaria tra i colleghi partecipanti; non è necessaria o obbligatoria nessuna quota di entrata o di iscrizioni a società, organizzazioni, sindacati o cooperative;
- possibilità di operare una trasformazione di ogni forma associativa semplice in medicina di gruppo grazie alle tecnologie informatiche;
- le AFT/AST hanno un rappresentante eletto dai colleghi detto coordinatore o referente che svolge un ruolo di interfaccia tra i colleghi e le istituzioni;
- altri ruoli non elettivi o fiduciari non rappresentano le associazioni dei professionisti MMG territoriali.

## **GOVERNO CLINICO**

Il governo clinico è un insieme di strumenti, comportamenti, atteggiamenti finalizzati alla gestione strategica delle attività assistenziali orientate al raggiungimento di uno o più obiettivi.

### **Strumenti utili al governo clinico:**

- il monitoraggio delle performance
- il management del rischio (documentazione ministeriale sulla gestione del rischio)
- le metodologie (es.: EBM - linee guida) - la tecnologia: (es.: Informatizzazione)

Il concetto di governo clinico non è assimilabile al governo dei clinici.

Le caratteristiche distintive del governo clinico già realizzate nell'attività quotidiana della medicina generale sono così elencabili: autonomia, trasparenza, responsabilità, relazione e colleganza etica, valore del lavoro, formazione e autoformazione, coinvolgimento e partecipazione.

Riaffermiamo i criteri distintivi della medicina generale e dell'assistenza primaria:

- **accessibilità, capillarità e prossimità**
- **relazione fiduciaria-diffusione capillare sul territorio**
- **autonomia**



- **qualità professionale diffusa/omogenea**
- **libera scelta-gradimento**
- **orientamento olistico sulla persona**
- **tolleranza, solidarietà, dialogo, rispetto dei diritti, rispetto della privacy e delle volontà anticipate**
- **coraggio**

### **VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE**

Oltre ai costi vivi rendicontati devono essere valutati criteri di performance inerenti le specifiche attività della medicina generale e dello speciale rapporto medico-paziente insito in tale attività.

Tutti i dati derivanti dall'attività del MMG/associazione restano di proprietà degli assistiti e dei MMG.

### **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

Va mantenuto il coordinamento distrettuale della CA, in considerazione della peculiarità delle funzioni da essa svolte.

Tra le prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Servizio di Continuità Assistenziale svolge, in modo non disgiunto dalla funzione degli altri Medici di Medicina Generale e delle loro aggregazioni funzionali, un ruolo determinante (ai sensi del DPCM 29/11/2001 e confermato dal DPCM 23/04/2008) nell'area di attività dell'assistenza distrettuale. I medici di CA partecipano con pari dignità alle varie forme organizzative territoriali.

Accesso al convenzionamento: si prevede l'accesso al convenzionamento con un'attività di 38 ore settimanali, a zero assistiti e con attività oraria progressivamente ridotta in modo proporzionale alle scelte acquisite. Essendo il primo incarico conferito esclusivamente con quota oraria, si deve giungere ad una revisione della modalità di calcolo delle zone carenti, non più distinto per area contrattuale. Deve essere garantita, nell'ambito degli AA.CC.NN. l'attuazione della direttiva CEE 93/16 DEL 5 APRILE 93 in merito all'equivalenza individuando un ente certificatore come da direttiva in oggetto (questo risolverebbe il cronico problema di carenza dei medici soprattutto nelle regioni del Nord). Le Regioni, prima di stipulare i nuovi AIR, devono pubblicare le carenze nei vari settori a tutto il 2013. Nell'obiettivo di costituire un'unica area contrattuale della Medicina territoriale, deve essere reso possibile di passaggio da un settore all'altro della MG, della specialistica ambulatoriale e dell'ET, in caso di carenze e se in possesso dei relativi titoli abilitanti. L'integrazione delle forme associative deve coinvolgere, con pari dignità e pari retribuzione, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera scelta e gli Specialisti ambulatoriali: tale integrazione deve essere costruita nell'ambito degli A.C.N, preferibilmente attraverso la costituzione funzionale dei team territoriali integrati, al fine di preservare la capillarità e l'accessibilità degli studi medici e delle postazioni di Continuità assistenziale, di cui dovrà essere implementata l'attività ambulatoriale.

### **EMERGENZA 118**

Il sistema-118 ha contribuito egregiamente per le proprie competenze alla domanda di salute. Se si parla di ottimizzazione delle risorse e dei servizi, è indubbio quanto sia fondamentale il "ruolo di cerniera" tra il sistema ospedaliero e quello territoriale svolto dall'Emergenza, **per questa ragione:**

A) è necessaria una normativa di transizione per l'emergenza-118 che porti progressivamente, su richiesta del singolo interessato, **al passaggio alla dirigenza di tutti i medici in servizio convenzionati**, precari, con contratti atipici, che abbiano maturato 5 anni di anzianità di incarico, prevedendo comunque i nuovi accessi in area convenzionata (necessari per garantire il turn-over dei professionisti) con in ordine prioritario:

- *il corso di idoneità sec art.96 dell'ACN e graduati con le modalità previste dall'accordo*



- il conseguimento del Master universitario in Emergenza-Urgenza, se presente, secondo la graduatoria di medicina generale;
- il conseguimento del Master universitario in emergenza-urgenza secondo la graduatoria ai sensi del comma 3 della norma finale n.5 dell'ACN;

Per tutti i nuovi accessi, passaggio a richiesta alla dirigenza dopo 5 anni di servizio:

- 1) è necessario disciplinare il percorso per l'accesso all'area con un solo profilo, la dirigenza medica, contestualmente uniformando lo stato giuridico degli operatori che attualmente, a vario titolo, vi operano.
- 2) il medico incaricato di emergenza sanitaria territoriale deve partecipare, a pieno titolo, a progetti obiettivi regionali ed aziendali nell'area dell'urgenza-emergenza
- 3) ai medici di emergenza sanitaria territoriale deve essere riservata, nella organizzazione dei corsi di formazione e aggiornamento del personale medico almeno 1/3 dei posti di docenza.
- 4) ai medici di emergenza sanitaria territoriale debbono essere attribuiti compiti di formazione ed aggiornamento nella materia specifica
- 5) ai medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale possono essere attribuiti compiti di verifica costante della qualità delle prestazioni erogate (VRQ)
- 6) ai medici di emergenza debbono essere assegnati posti riservati in sovrannumero nella specializzazione in emergenza-urgenza e garantiti i relativi permessi studio per partecipare alle lezioni
- 7) è necessario promuovere un percorso di carriera per i medici 118.

### **MEDICINA DEI SERVIZI**

In previsione del Ruolo Unico a cui andrà ricondotta tutta l'area della Medicina Generale, ivi compresa l'attuale Medicina dei Servizi, è necessario, da subito, l'adeguamento delle piante organiche, anche per agevolare il passaggio a dipendenza; l'adeguamento economico della retribuzione doveroso e decoroso; la partecipazione al sistema premiante dei progetti aziendali; il mantenimento dei benefici economici derivanti da Accordi Integrativi Regionali.

### **FORMAZIONE**

La formazione specifica necessita di una profonda ridefinizione in merito alle valutazioni curricolari per l'accesso al corpo docenti contemplato per la formazione specifica in medicina generale. Si auspica la trasformazione del Corso/Formazione specifico in Medicina Generale in Specialità Universitaria in Medicina Generale Territoriale, con un nuovo corpo docenti formato da mmg, equiparata a tutte le altre specialità dal punto di vista economico, previdenziale, assicurativo ed equipollente alla specialità di Medicina Interna. Sono eliminate le regole di incompatibilità esistenti per i medici frequentatori delle scuole di formazione specifica. Va garantito e definito il diritto dei medici di AP, CA e 118 all'aggiornamento continuo.

### **TUTELE**

Ai medici di medicina generale a rapporto orario sono garantite le tutele di cui al Dlgs 66/2003 e s.m.i. in tema di tutela di orario di lavoro e lavoro notturno ed usurante. Gli oneri economici derivanti dalla presente proposta sono a carico dell'ente previdenziale di appartenenza e non incidono sul bilancio dello Stato o della Regione. In relazione alla pari opportunità si chiede che le colleghe in gravidanza vengano adibite a mansioni diverse dal lavoro notturno e che la gravidanza stessa possa essere considerata un titolo di servizio o equiparata al servizio di leva. Sono da garantire le analoghe tutele giuridico-amministrative ed economiche previste per i medici dirigenti (ferie, malattia, infortuni, aspettativa, diritto di adozione e/o di affidamento, legge 104 ecc.). Sono da prevedere idonee sedi di servizio e sicurezza del lavoro. I medici a rapporto orario a cui sia riconosciuta l'inidoneità specifica al lavoro o all'attività su mezzi mobili di soccorso in ogni caso, compreso lo stato di gravidanza sin dal suo inizio, deve essere ricollocato in altra articolazione



organizzativa dell'Azienda. Ai medici a rapporto orario spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 30 giorni non festivi.

#### **DIRITTI SINDACALI**

Riconoscimento per i MAP del diritto al rimborso della sostituzione effettuata per attività sindacale in proporzione alla reale attività lavorativa svolta.

Riaffermazione del diritto al rimborso dei distacchi sindacali per i medici sindacalisti che svolgono attività a quota oraria ( CA-ET-M dei S).

Eliminazione nella rappresentatività sindacale del meccanismo della doppia delega.

#### **DIRITTO DI SCIOPERO**

Individuazione per i medici a rapporto orario dei contingenti minimi.

Revisione del Codice di autoregolazione