

PROPOSTA DI NUOVA CONVENZIONE PER LA MEDICINA GENERALE

di **Bruno Agnetti**
Responsabile Nazionale
Assistenza Primaria SMI

La necessità di ripensare un nuovo Patto/Contratto deriva 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, di frontiera, di prima linea, di front-office con gli assistiti non sia sufficientemente descritta dalle formule matematiche ed economicistiche in quanto l'assistenza medica territoriale è più assimilabile ad un processo di tipo biologico che a una serie di teorie matematiche contabili.

Il risultato di efficacia e di efficienza in sanità è definito da coloro che operano ogni giorno sul territorio e che fanno parte di quella sanità responsabile e ben visibile ed individuabile agli occhi dei cittadini; da coloro che si sentono essi stessi persone in mezzo alle persone, che producono e consumano salute e che sono portati spontaneamente a collaborare per risolvere i problemi. Questo processo ha poche definizioni e molte operatività, certezze e regole molto semplici e comprensibili nella convinzione che proprio lo scollamento, la distanza ed il distacco da queste regole semplici e comprensibili costruite dal basso abbia favorito interventi lontani dai veri bisogni assistenziali ed eccessivamente discrezionali a favore di altri sistemi che nulla hanno a che fare con la salute e l'assistenza.

Il testo completo dell'articolato elaborato dalla Commissione Assistenza Primaria del Sindacato dei Medici Italiani (SMI) denominato Patto/Contratto ripercorre e si sovrappone all'ordine numerico degli articoli delle pregresse Convenzio-

ni al fine di permettere una semplice lettura ed una più facile comparazione tra i contenuti degli ACN tuttora in vigore (2009-2010-DL 2012) e le innovazioni proposte dal Patto/Contratto SMI. Una presentazione schematica dell'elaborato (per mezzo di tabelle esplicative) può facilitare ulteriormente la lettura e la comprensione degli elementi distintivi del Patto/Contratto SMI e nello stesso tempo stimolare l'interesse verso la lettura del testo nel suo complesso (64 pagine) che verrà pubblicato nel sito del Sindacato dei Medici Italiani (SMI).

Da tempo le trattative nazionali per gli accordi collettivi hanno perso una loro incisività a favore di accordi regionali e locali che, con intensità diversificata, hanno orientato, in modo altamente diseguale, la sanità del paese.

In alcuni casi gli accordi collettivi vengono considerati veri e propri ostacoli alle iniziative di alcune regioni.

Ciò nonostante la teoria della cascata normativa continua ancora ad assegnare all'ACN l'importanza maggiore e la Convenzione rappresenta una garanzia tra le parti a fronte di una enorme differenziazione interpretativa/operativa sostenuta anche dagli AIR. La stessa Sisac, con un proprio documento del giugno 2012, evidenziava come il continuo sovrapporsi di normative, di scadenze temporali incoerenti, di sperimentazioni, di anticipazioni temerarie abbia contribuito ad una difficile comprensione nell'ambito sanitario, nel suo com-



Bruno Agnetti

plesso, delle disposizioni vigenti. La Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (Sisac) ha proposto pertanto una semplificazione dei testi ed un allineamento di norme e decreti emanati o deliberati in tempi diversi e zone diverse abolendo così la prima causa della farraginosità degli articolati.

Le trattative regionali in atto in questo periodo dimostrano altresì come ACN costruiti e firmati in modo frettoloso e superficiale (2009-2010 art.3) permettano contaminazioni con altri decreti (Brunetta) e con la recente legge Balduzzi che, richiamandosi appunto ad una cascata normativa, si rifanno ad articoli (art.3 del 2010) che permettono, in piena legalità, azioni destrutturanti le caratteristiche distintive della medicina generale territoriale (Wonca).

Lo SMI con la proposta di Patto/Contratto per la medicina generale convenzionata territoriale desidera ricomporre lo iato creatosi in questi anni tra i professionisti e le istituzioni a causa di normative ed arti-

colati eccessivamente contraddittori. Il fine è quello di poter garantire una erogazione dei servizi uniformi sul territorio nazionale e una salvaguardia delle specificità peculiari della medicina generale.

Team territoriale multi professionale e multidisciplinare integrato. Rappresenta la pietra angolare di tutto l'impianto del Patto/Contratto SMI in quanto è in grado di offrire una realizzazione diffusa ed immediata a basso costo.

Associazionismo. L'associazionismo è diventato un protagonista assoluto del modello organizzativo della medicina territoriale anche se non è ancora possibile trarre conclusioni definitive sul tema a causa di una esperienza che non ha raggiunto numeri di partecipazione tali da permettere una valutazione obiettiva e non autoreferenziale di validi indicatori di processo e di risultato.

Le opportunità sono state disomogenee con conseguenze professionali e assistenziali. Le migliori performance sembrano derivare dalle attività delle aggregazioni funzionali (AFT/NCP).

Mmg come piccola impresa start-up. Ogni mmg può essere considerato una piccola impresa (Partita Iva) anche se il medico e le associazioni mediche hanno una complessità maggiore delle normali imprese. Sono effettivamente più delle bio-imprese che producono bioservizi in una continua ricerca di equilibrio tra stimoli, risposte, bisogni e problem solving (omeostasi produttiva/relazionale). Il mmg piccola impresa start-up è in grado di attuare in tempo reale innovazioni e problem solving contestualizzati e strettamente collegati all'evoluzione e alla modifica continua dei bisogni assistenziali. Il riconoscimento di piccola impresa ai mmg/

associazioni favorirebbe agevolazioni fiscali, detassazioni, finanziamenti, detrazioni a fronte di iniziative a favore della produzione dell'assistenza (es. strutture, strumentazioni, personale, affiancamento, collaborazione con privati o fondazioni, ecc.). Può essere rafforzata dai componenti dell'associazione stessa e anche sostenuta, in parte, dai "clienti/ assistiti " che apprezzano o desiderano essere curati da quei medici o da quella associazione o da quella organizzazione assistenziale (partecipazione alla produzione dell'assistenza mantenendo il rapporto fiduciario in un sistema concorrenziale). L'autonomia operativa comprende anche la gestione in proprio di tutto il processo del governo clinico. L'autonomia di una piccola impresa start-up (mmg/associazione) riduce al massimo le sacche improduttive ed immette, oltre a quelli storici economicistici, nuovi valori e quindi nuo-

Tabella 1

<p>NUOVO PATTO-CONTRATTO TRA I MEDICI PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ TERRITORIALE E IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</p>	<p>Dopo un lungo lavoro di analisi e revisione la Commissione Assistenza Primaria del Sindacato dei Medici Italiani (SMI) ha licenziato la propria proposta di un nuovo ACN definito Patto/Contratto.</p> <p>Patto: impegno che la categoria medica convenzionata impegnata nell'assistenza territoriale vuole ufficializzare con i cittadini, i colleghi e le istituzioni</p> <p>Contratto: elaborazione di un testo di facile lettura nel quale siano abolite sovrapposizioni temporali di norme e direttive contraddittorie, complessità e farraginosità, eccessiva soggettività interpretativa e che contenga una integrazione completa tra direttive e norme pregresse con quelle delle più recenti.</p>
--	---

Tabella 2

<p>Tutti gli ACN pregressi detti Convenzioni sono stati denominati</p> <p>ACCORDI COLLETTIVI NAZIONALI PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE</p>	<p>Ogni "Convenzione" (ACN) pregressa è tradizionalmente suddivisa in due "parti".</p> <p>La Prima parte</p> <ul style="list-style-type: none"> - contiene un inquadramento generale culturale (art-1-11) <p>La Seconda Parte</p> <ul style="list-style-type: none"> - contiene una Premessa (art.12) - un Capo 1 (che tratta di principi generali art. 13-32) - un Capo 2 (che tratta di Assistenza primaria art. 33-61) - un Capo 3 (che tratta di Continuità assistenziale art. 62-73) - un Capo 4 (che tratta della Medicina dei servizi art. 74-90) - un Capo 5 (che tratta di Emergenza sanitaria territoriale art. 91-100) <p>Ogni trattazione è composta di articoli, commi, sottocommi, punti e lettere. Alla fine del testo sono riportate norme finali, norme transitorie, dichiarazione a verbale e allegati.</p>
---	---

Tabella 3

LA LETTERATURA E LE ANALISI SOCIALI EVIDENZIANO COME, IN CAMPO SANITARIO, LA SITUAZIONE EMERGENZIALE (GIÀ OGGI PALESE E DRAMMATICA) SIA RAPPRESENTATA DALLA

CRONICITÀ / FRAGILITÀ

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 multiprofessionali e multidisciplinari orientata ad ogni singolo assistito che presenti problematiche collegabili alla cronicità e alla fragilità in senso lato.

Esistono modelli di attività integrata multiprofessionali e multidisciplinari in team già operativi e collaudati da anni all'interno del SSN che si occupano di singoli assistiti volta per volta e che possono essere utilizzati come esempi e come scuola formativa per la medicina generale senza dover ricercare schemi originati in realtà troppo diverse da quelle nazionali (Chronic care model).

L'assistenza ai "sani" può proseguire secondo gli schemi assistenziali attuali ampiamente e lungamente sperimentati.

Tabella 4

Parole chiave per la lettura e l'interpretazione del Patto/Contratto

- TEAM TERRITORIALE INTEGRATO
- ASSOCIAZIONISMO-DIPENDENZA (della Medicina Generale)
- DIPENDENZA (della Medicina dei Servizi e del 118)
- MMG COME IMPRESA START-UP
- AFFIANCAMENTO
- GOVERNO CLINICO
- VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
- COLLEGIO DEL TERRITORIO
- FORMAZIONE
- RUOLO UNICO
- MMG SPECIALISTA IN MEDICINA GENERALE DEL TERRITORIO
- INFORMATIZZAZIONE E CERTIFICAZIONI
- CONTRATTO UNICO (Medicina Generale + Specialisti Ambulatoriali + Pediatria di libera scelta)
- CONTRATTO UNITARIO (Per Medici di Medicina Generale + PLS + Specialistica + Dirigenza ospedaliera e Servizi territoriali)

vi criteri di valutazione della performance dei mmg.

Affiancamento. I profili riguardanti le caratteristiche generali, l'età dei medici di medicina generale attualmente in attività, il notevole numero dei professionisti prossimi alla pensione o affetti da patologie invalidanti evidenziano la necessità di progettare per tempo una adeguata strategia di sostituzione o di affiancamento dei mmg. Un mmg che abbia superato i 60 anni o che abbia problemi di salute può attivare una zona carente "anticipata" che viene "pubblicata" in modo informatico e quindi in tempo reale. Alla "zona carente anticipata" possono partecipare i mmg di CA titolari che si trovano ai primi posti della graduatoria regio-

nale. Si prevedono clausole di salvaguardia reciproca. Il riconoscimento economico al *giovane* medico che entra nella impresa start-up del mmg di AP in affiancamento è a carico completo del mmg di AP che come piccola impresa potrà accedere ad agevolazioni fiscali, detassazioni, detrazioni o incentivi. Nulla è richiesto all'azienda dal punto di vista economico ma l'istituzione regionale deve assicurare al medico in affiancamento un congruo punteggio al fine di poter offrire la possibilità di prelazione della zona carente creata dalla cessazione dell'attività del medico di AP *senior*.

Governo clinico. Il governo clinico si è un insieme di strumenti, comportamenti, atteggiamenti e

processi finalizzati alla gestione strategica delle attività assistenziali orientate al raggiungimento di uno o a più obiettivi. Tra i vari strumenti utili al governo clinico si possono elencare:

- il monitoraggio delle performance (es.: audit, formazione-apprendimento, responsabilizzazione, reports, ricerca, educazione sanitaria, etica e valore del lavoro, trasparenza);
- il management del rischio (documentazione ministeriale sulla gestione del rischio);
- metodologie e strumenti: (es.: EBM - linee guida);
- la tecnologia: (es.: Informatizzazione).

Coloro che operano ogni giorno

come clinici nell'assistenza ritengono necessario che il governo clinico ritorni completamente in mano ai clinici al fine di rimediare alle difformità sanitarie assistenziali. Le caratteristiche distintive del governo clinico che sono già affrontate quotidianamente nell'attività della medicina generale sono così elencabili:

- autonomia (capacità ed abilità autogestita di adeguamento a condizioni di permanente instabilità e complessità prevedendo ed anticipando gli accadimenti territoriali – assistenziali ed il relativo problem solving in tempo reale, non burocratico);
- trasparenza (attività insita ed inevitabile nelle relazioni professionali di team e di associazione dove vige un reciproco autocontrollo da parte dei pazienti e dei colleghi);
- responsabilità (ogni forma di attività associata comporta il massi-

mo della responsabilità in quanto implica necessariamente un confronto continuo);

- relazione e colleganza (le relazioni professionali funzionali delle aggregazioni e dei nuclei e rappresentano elementi di plus valore in quanto permettono di raggiungere obiettivi assistenziali ed organizzativi non completabili singolarmente);
- etica e valore del lavoro (la libera professione obbliga inevitabilmente i professionisti convenzionati ad una concorrenza di qualità attribuendo automaticamente valore ed etica al lavoro per altro sempre soggetto alla valutazione del mercato e degli assistiti);
- formazione e autoformazione (anche in questo caso l'esperienza acquisita nelle AFT/NCP ha dimostrato l'efficacia e l'efficienza della formazione e dell'autoformazione organizzate autonomamente grazie all' estre-

ma flessibilità e la grande adattabilità dei colleghi che ha permesso scambi di opinioni (audit clinico), integrazioni non retoriche o burocratiche, contestualizzazione delle Linee guida e dell'EBM);

- coinvolgimento e partecipazione (per poter far funzionare il sistema dell'assistenza territoriale è necessario possedere la cultura ed i criteri distintivi della medicina generale secondo le indicazioni wonca);
- sorveglianza e controllo sulle rendicontazioni (I processi ed i risultati di efficienza ed efficacia originano dalla visione e dalla missione della medicina generale e gli esiti vengono condivisi all'interno delle varie forme associative in modo automatico, spontaneo e responsabile così come le rendicontazioni diventano naturali e semplici a favore dei colleghi e degli assistiti).

Valutazione della performance.

La centralità data alle attività cliniche territoriali della medicina generale a fronte dell'emergenza derivante dai nuovi bisogni collegabili alle problematiche della cronicità e della fragilità richiede l'inserimento di nuovi criteri di valutazione di performance (oltre alle storiche valutazioni di performance economicistiche) più coerenti con le realtà assistenziali variegata e fondate su obiettivi assistenziali che richiedono soluzioni estemporanee e produttività. Queste nuovi criteri di performance devono poter entrare nelle rendicontazioni periodiche per almeno il 40% del totale.

Il rapporto che si crea tra le risorse messe sul campo (mmg – associazionismo - team integrati ...), i costi e gli esiti esprime il valore dell'energia utilizzata o utilizzabile per quel caso o per quella persona assistita dove il rapporto tra innovazione/so-

stenibilità-wonca riconosce alla sostenibilità l'importanza maggiore così come nella cultura delle cure palliative e del movimento hospice quando i principi di riferimento (beneficità, non maleficità, giustizia, autonomia) dovessero per qualche motivo entrare in conflitto, viene riconosciuto all'autonomia il valore più importante. In tema di rendicontazioni occorre ribadire come tutti dati derivanti dall'attività del mmg/associazione restano di proprietà degli assistiti e dei mmg e potranno, con finalità di studio e di apprendimento, confrontati tra AFT/NCP o pubblicati su riviste o comunicati e presentati in convegni e congressi stimolando così pratiche di autovalutazione ed autogoverno delle varie forme associative.

Formazione. È necessario riconoscere l'importante esperienza di formazione e di autoformazione avve-

nuta in questi anni nelle associazioni mediche strutturando questo tipo di formazione sul campo come adeguata e sufficiente per ottenere l'intero ammontare di crediti ECM necessari per ogni anno. Il corso di formazione specifica in medicina generale necessita di una profonda ridefinizione al fine di rendere trasparenti i criteri curriculari ufficiali di inserimento nell'attività di docenza. Per questo motivo occorre azzerare i corpi docenti attualmente costituiti e ricomporre ex novo la graduatoria regionale del corpo docenti. Sono altresì annullate iniziative didattiche e sperimentazioni. Si ritiene inoltre utile trasformare il corso/formazione specifico in medicina generale in Specialità Universitaria in Medicina Generale Territoriale, con un rinnovato corpo docenti formato da mmg, equiparata a tutte le altre specialità dal punto di vista economico, previden-

ziale, assicurativo ed equipollente alla specialità di Medicina Interna.

Dipendenza. Ipotesi e calcoli ancora imprecisi porterebbero a far supporre (almeno per alcune regioni con sistemi incentivanti importanti) un effettivo vantaggio economico regionale ottenuto dalla trasformazione del rapporto convenzionale dei mmg ad rapporto juslavoristico di dipendenza. La tesi però non potrebbe essere estensibile a tutti i mmg ma solo a quelli associati o inseriti nelle megastrutture. Da questo punto di vista si verrebbe quindi a creare di nuovo una discriminazione tra opportunità professionali (come già avvenuta per le medicine di gruppo self-made e MdG che hanno potuto usufruire di locali e personale pubblico) e, come conseguenza, una differenziazione assistenziale ai cittadini. I mmg inquadri in un rapporto di dipendenti/dirigenti sarebbero inoltre assoggettati all'istituto della mobilità secondo le necessità aziendali. Il diritto alla libera scelta del medico verrebbe sostituito dalla garanzia di avere a disposizione un servizio di medicina generale territoriale e la scelta di un medico specifico verrebbe inserita in una attività di intramoenia territoriale. Le argomentazioni inerenti la dipendenza mancano di una valutazione degli importanti investimenti strutturali sostenuti dai mmg che hanno realizzato strutture di gruppo "self made" e che hanno assunto personale.

Ruolo unico. Per ruolo unico si intende una unica configurazione normativa e juslavoristica per i mmg di CA e di AP (per i mmg della Medicina dei Servizi e del 118 è presa in considerazione il passaggio a dipendenza/dirigenza). Da una graduatoria regionale unica è possibile il passaggio di titolarità all'interno della medicina generale territoriale. L'accesso alla attività professione da parte del mmg di CA titolare, una volta creatasi la carenza, è contemplata anche a zero scelte e con un sistema misto scelte-orario-attività diurne. L'intenzione è di istituire da subito una relazione, anche economica, con un AFT/NCP con il quale il gio-



vane da poco inserito inizia a collaborare continuando a svolgere attività di Continuità Assistenziale, fino al raggiungimento di un numero di scelte adeguato. È necessario attuare strumenti normativi per applicare una sanatoria definitiva per le posizioni apolide residuali (mancanza dell'attestato di corso specifico in medicina generale ma titolari storici di CA).

Collegio del territorio. Il Collegio del Territorio è un istituto territoriale composto dai rappresentanti dei mmg e di tutti gli altri attori ed operatori attivi nell'assistenza territoriale (con regole per il numero di componenti, l'eleggibilità, i periodi di permanenza in carica di servizio ed l'avvicendamento periodico) che agiscono all'interno di una AFT/NCP. Il Collegio del Territorio di una AFT/NCP governa il sostegno economico, strutturale e gestionale alle iniziative di sostenibilità, di ammodernamento e di rimodulazione delle Cure Primarie territoriali attuate a livello di quella AFT/NCP (*team, start-up, revisione dei presupposti riguardanti gli accessi agli ambulatori e alle visite domiciliari non ADI, intramoenia dei generalisti, affiancamento, accesso e ruolo unico, sperimentazioni inerenti un auto sostegno economico della CA, h12/h24 con integrazione tra MMG di CA aziendale e MMG in affiancamento e supporto di personale sanitario, formulazione di pareri di primo livello, autoattivazione dei mmg di CA e mmg in Affiancamento in caso di catastrofi e disastri*) anche per mezzo della compo-

sizione di un fondo unico autonomo per le attività territoriali di provenienza pubblica ma anche privata e gestito in ogni sua parte dal Collegio del Territorio.

Ristrutturazione del compenso. Il compenso dei medici di medicina generale comprende una parte di retribuzione finalizzata alla produzione del reddito e una parte finalizzata alla produzione dell'assistenza.

In considerazione del maggior impegno del mmg a fronte delle assunzioni di responsabilità e di problem solving, delle emergenze assistenziali collegabili alla conicità, alla fragilità, all'evoluzione tecnologia, alla riduzione dei mmg e alla necessità di provvedere ad una revisione dei massimali, all'affiancamento/tutoraggio, all'adeguamento delle "piante organiche" di AFT tra mmg di AP e di CA si considera appropriato la trasformazione dell'attuale quota capitaria annuale a quota capitaria mensile; la quota per la produzione dell'assistenza diviene completamente detraibile; la gratuità assoluta viene garantita per le tutte varie forme di ADI ma si ipotizza una revisione "a notula" per le visite domiciliari non ADI, per gli accessi agli ambulatori inappropriati e per l'"intramoenia" della medicina generale; la raccolta fondi da "notula" o da "intramoenia" o da finanziamenti di terzi all'AFT viene accumulata in un fondo regionale messo a disposizione per iniziative e progetti assistenziali territoriali di AFT individuati, supervisionati in modo autonomo e vincolante dal Collegio del Territorio.