

Roma, 23 dicembre 2008

Carissimi,

ieri, dopo lunga, faticosa e contrastata trattativa, è stato siglato il pre-accordo per il biennio 2006-2007.

Si tratta di poche pagine, ma se ricordiamo le richieste iniziali delle Regioni contenute nel primo atto d'indirizzo e anche quelle successive introdotte nell'integrazione del medesimo, potete rendervi conto dell'enorme lavoro di negoziazione che è stato necessario.

Secondo le Regioni l'aumento del 4,85% doveva prevedere un 2% riservato a successivi accordi regionali. Tutto doveva essere garantito come pre-requisito mentre gli incrementi economici avrebbero dovuto essere "guadagnati" con nuovi impegni. Le indennità e gli incentivi avrebbero dovuto essere ridistribuiti secondo criteri stabiliti dalla programmazione regionale. Il debito informativo riconosciuto a richiesta delle Aziende e con totale copertura dei costi a nostro carico, o meglio rimborsati attraverso l'esigua cifra di 77 euro mensili dell'attuale indennità informatica.

Ultima richiesta del Comitato di settore: l'adesione alle procedure relative alla ricetta elettronica ed alla tessera sanitaria stabilite dalle Regioni senza alcun nostro coinvolgimento e con parte del finanziamento statale (compreso nel 4,85%) esigibile solo alla realizzazione dei due progetti, indipendentemente da ritardi eventualmente determinati da responsabilità regionali.

La compattezza che le Organizzazioni Sindacali, nessuna esclusa, hanno saputo assumere nei momenti più critici ha consentito di resistere ad atteggiamenti impositivi ed intransigenti della parte pubblica.

Il risultato è nelle pagine del pre-accordo.

Sul piano economico abbiamo ottenuto che tutto il 4,85% sia utilizzato nell'accordo nazionale senza previsione di code in accordi integrativi regionali. Tutto l'aumento disponibile è stato utilizzato per incrementare la quota A del compenso, in particolare l'onorario professionale e l'indennità per gli ultrasessantacinquenni. Questa scelta, da sola, ci consente di aumentare l'entità delle risorse che incasseremo, per effetto dell'aumento della popolazione anziana che si è verificato fra il 2005 e il 2009.

Gli arretrati che incasseremo per gli anni 2006-2007-2008 ammonteranno a circa 7.500 per un massimalista, 5000 euro per 1000 assistiti.

Dal primo gennaio 2009 l'incremento ammonterà a circa 250 euro mese per un massimalista di assistenza primaria e a circa 1,19 euro ora per la continuità assistenziale e l'emergenza territoriale.

Il contributo previdenziale ENPAM, sempre compreso nel 4,85%, salirà di un punto percentuale e mezzo, di cui solo lo 0,5% sulla quota a carico del medico.

E' stata introdotta la flessibilità contributiva ENPAM che lascia al medico, in relazione ai suoi specifici interessi, la possibilità di aumentare volontariamente la sua contribuzione fino a 5 punti percentuali.

Abbiamo ottenuto l'assicurazione sull'invalidità permanente parziale dipendente da malattia o infortunio.

La precisazione, con una modifica dell'art. 13, dello stato giuridico di liberi professionisti convenzionati la cui organizzazione del lavoro è interesse del SSN ci aiuterà nella battaglia per il superamento dell'IRAP.

Sul piano normativo i nuovi compiti sono limitati al flusso informativo e ai progetti tessera sanitaria e ricetta elettronica. Il primo ridotto al minimo, richiede un impegno mensile molto ridotto e quasi totalmente assolto in automatico dalle nostre schede sanitarie informatizzate, nel rispetto della privacy e con oneri tecnici ed economici a carico delle Aziende.

I secondi, non ancora realizzabili nella maggior parte delle Regioni, sono comunque subordinati ad accordi regionali e con oneri tecnici, economici e formativi a carico delle Regioni stesse.

Sempre sul piano normativo abbiamo ottenuto la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, sul modello delle nostre UMG, che prevede la figura del coordinatore, anche se denominato "delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale".

L'articolo 3 dedicato ai requisiti e funzioni minime dell'Unità complessa di cure primarie (termine generico per definire UTAP, Equipages territoriali, Gruppi di cure primarie, nuclei di cure primarie, ecc.) crea le condizioni per una riorganizzazione della medicina generale governata da accordi regionali con il massimo livello di garanzia per i medici coinvolti. Sulla base dei modelli regionali prescelti, ogni Unità dovrà essere creata con uno specifico accordo regionale che partendo dalla condizione di ciascun aderente, tutelando il reddito e i diritti previdenziali di ciascuno, dovrà definire e finanziare la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessaria, intercettando i finanziamenti che saranno previsti dall'intesa stato regioni e dai fondi del Piano Sanitario nazionale. Nell'ambito della determinazione di questi finanziamenti potranno essere considerati anche gli incentivi e le indennità fino a quel momento garantiti ai singoli medici che entrano a far parte dell'Unità, per essere restituiti in forma e quantità diversa o attraverso la fornitura diretta di strutture e/o strumenti e/o personale da parte dell'azienda sanitaria. Se non ci saranno finanziamenti regionali non si creeranno Unità di cure primarie e tutto resterà come ora. La possibilità di avvalersi di Società di servizio non è abolita, perché rimane in vigore il dettato dell'art. 59 del precedente ACN.

Sempre sul piano normativo è stata introdotta una correzione dell'art. 33 sul rapporto ottimale in modo da legittimare tutti gli accordi regionali che hanno previsto o prevederanno l'aumento del rapporto ottimale.

Infine l'art. 4 fissa già alcuni argomenti che le Parti sono impegnate a trattare nel prossimo biennio, fra cui la ristrutturazione del compenso. Non c'è nessuna ipoteca sulla destinazione a livello regionale delle risorse per il prossimo biennio, ma un impegno a riformare i meccanismi di contrattazione regionale per dare più garanzie ai medici e uniformità nazionale di risultato.

Ritengo di poter affermare che, date le condizioni di trattativa, la crisi economica in corso e il perpetuo conflitto istituzionale fra Regioni e Stato, non si potesse ottenere di più e che, anzi, fosse necessario consolidare al più presto i traguardi raggiunti.

Certo non abbiamo ottenuto tutto ciò che avremmo desiderato, per noi medici di famiglia, per la continuità assistenziale, per i medici in formazione, per l'emergenza territoriale, per la medicina dei servizi. Ma questa è una convenzione di passaggio, prevalentemente

finalizzata a garantirci il più rapido possibile ristoro economico. Nel prossimo Biennio dovremo continuare a riscrivere le regole della medicina generale del futuro.

Questo ACN non rappresenta un traguardo conclusivo, ma un risultato intermedio che garantisce un non ritorno rispetto al nostro progetto politico di cambiamento.

Dopo le festività avremo occasione di approfondire i dettagli di questo accordo, intanto auguro a tutti un sereno Natale e un felice inizio di Anno nuovo.