

Il medico di cure primarie secondo la bozza SISAC pubblicata sul "SOLE 24 ORE" di Giugno 2016: una prima disamina

La bozza SISAC pubblicata di recente sul SOLE 24 ORE introduce un elemento rilevante nella definizione della nuova convenzione di **MEDICINA GENERALE** e simultaneamente tenta di riformare la struttura delle **CURE PRIMARIE**. Tale bozza, attraverso una nuova disciplina dei rapporti convenzionali con i medici di medicina generale tende a prefigurare, in parte assecondando, in parte modificando la Legge BALDUZZI (di fatto inapplicata se consideriamo la tempistica in essa prevista), strutture e reti delle CURE PRIMARIE.

Si persegue un minimo di omogeneizzazione e razionalizzazione tra le nuove strutture e le nuove reti previste dalla Legge e realizzate spesso in modo molto differente in alcune Regioni, o di indurre la loro realizzazione in altre Regioni (come nella nostra Regione Campania) dove non sono state realizzate affatto.

Purtroppo essendo noi in Regione Campania abbiamo grosse difficoltà a comprendere la BOZZA, perché purtroppo le nostre CURE PRIMARIE sono rimaste essenzialmente le stesse dal 2003, anno del pregresso Accordo Integrativo Regionale: anzi spesso le reti allora previste si sono di fatto deteriorate per impossibilità di manutenzione seguita alla saturazione della percentuale prevista!

Per cominciare a comprendere questo riassetto che inevitabilmente raggiungerà anche le nostre zone ho pensato di sviluppare gli elementi presenti nella bozza per prefigurare cosa ci aspetta: è poco più di un gioco visto che quella della SISAC è una bozza, che gli elementi riformatori del sistema e gli elementi di novità dei rapporti convenzionali in essa previsti sono fortemente impattanti sulla professione e sui Sistemi Sanitari Regionali per poter ragionevolmente prevedere un cammino niente affatto rapido alla convenzione, che i tempi della politica italiana sono difficili da prevedere; ma è un gioco che conviene fare per familiarizzare con questi argomenti, perché per gli stessi motivi suesposti ci potrebbe essere anche una accelerazione improvvisa e imprevista.

Quanto segue nasce dal porsi dal punto di vista della SISAC non perché lo si è necessariamente sposato, ma essenzialmente per cercare di prevedere i risultati cui porterà.

SETTORE CURE PRIMARIE 1^ CAPITOLO RUOLO UNICO

Cito:

1. i settori dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale confluiscono nel settore cure primarie
2. Dall'entrata in vigore del presente Accordo i medici già titolari di incarico di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale confluiscono nel ruolo unico di cure primarie.
3. I medici del ruolo unico svolgono attività professionale a ciclo di scelta e su base oraria, operando nelle AFT e nelle UCCP.
4. I medici di cure primarie assicurano la diffusione capillare dei propri presidi nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.

Commento: Mi sembra molto chiaro: c'è un operatore unico che può svolgere due tipi di attività professionale:

1. A ciclo di scelta più simile all'attività dell'attuale medico di Assistenza Primaria con pazienti a scelta
2. Su base oraria, più simile all'attività della Continuità Assistenziale, senza pazienti a scelta ma rivolta a tutti i pazienti della AFT e dell'UCCP.
3. L'ambulatorio del medico a ciclo di scelta rimane, come rimane il suo legame al territorio attraverso l'ambito.

Ma quanti sono i medici rispetto al territorio, e come viene calcolato il fabbisogno di attività orarie e a ciclo di scelta?

Cito: Il rapporto ottimale dei medici di cure primarie, emergente dalla combinazione dei rapporti ottimali definiti ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per l'attività a ciclo di scelta (1:1.000) ed oraria (1:5.000) esprime una proporzione in misura di 5 a 1.

Quindi su 6 nuovi medici di cure primarie 5 saranno ex medici di assistenza primaria e 1 ex medico di continuità assistenziale: in un territorio di 20000 abitanti ci saranno 20 ex medici di assistenza primaria e 4 ex medici di continuità assistenziale. Se dei 20 ex medici di assistenza primaria 5 saranno massimalisti, 1 con 1200 assistiti, 2 con 1150 assistiti, 4 con 850 assistiti, 5 con 700 assistiti, 1 a 600 assistiti, 1 a 400 assistiti, 1 a 250 assistiti, e 1 medico ex continuità assistenziale a 650 e un altro a 200 assistiti, l'attività oraria **obbligatoria** sarà di 38 ore settimanali per i 2 medici di continuità assistenziale esclusiva, $22 + 35 = 57$ ore per i 2 medici di continuità assistenziale con ex doppio rapporto; per gli ex assistenza primaria si andrà da 30 ore settimanali per il medico a minor numero di scelte, a 16 ore per i medici a 850 scelte (rapporto 1 ora = 41 scelte), complessivamente 375 ore settimanali, mentre gli altri 3 medici con più di 1000 scelte possono, ma non sono obbligati, fare altre complessive 24 ore, 8 ore a testa. Avremo cioè 400 ore settimanali al massimo: in una organizzazione in h 16 saranno 25 turni settimanali e cioè poco più di 3 operatori per turno su un territorio di 20000 assistiti.

L'attività a ciclo di scelta è pagata come l'attività oraria?

La bozza prevede un massimale di 1575 scelte che equivale a 38 ore settimanali dell'attività oraria (1575 diviso 41). La quota capitaria è di 40 euro/assistito/anno, per i medici con massimale pieno

$40 \times 1575 = 63000$ euro/anno.

L'attività oraria su base nazionale è pagata 22,46 a ora, in un rapporto a 38 ore settimanali il compenso annuo è $22,46 \times 38 \times 52 = 44381$ euro/anno.

Lascio a voi la risposta.

14/6/16

PRESIDENTE SNAMI CASERTA

Dott. FILIPPO D'ADDIO

... Un'ulteriore osservazione ...

Sono veramente grato al nostro Presidente Provinciale per questi primi commenti alla bozza della nuova Convenzione, che potrete leggere sul nostro sito (cfr. news di ieri).

Tutti noi stiamo lavorando per ridurre al minimo i punti oscuri ed avere idee più chiare all'atto della prossima contrattazione.

Ad esempio si conferma la perdita delle 8 ore di Continuità Assistenziale (dalle ore 24 alle ore 8, primo punto oscuro!), che vengono spostate nel corso delle giornate feriali e nei turni diurni dei festivi e prefestivi. L'idea sarebbe quella di dare maggiore importanza all'attività prevalente con il SSN da parte del medico delle cure primarie a ciclo orario - il medico che svolge le 38 ore nell'AFT-UCCP dovrebbe avere una massa salariale simile ad un massimalista, e lavorare anche di giorno, riducendo di pari passo la sua attività libero professionale, configurandosi, una volta per tutte, la confluenza definitiva della ex guardia medica nella medicina generale; per la qual cosa il medico che svolge le 38

ore (nella bozza non ancora chiaramente normate ...) settimanali, ridurrà le ore man mano che acquisisca le scelte, mediante un rapporto aritmetico di 1 ora = 41 assistiti.

Il nostro Sindacato, che ha nel proprio DNA l'obiettivo strategico (altri direbbero "mission") la **salvaguardia della libertà professionale e della libera professione**, come inciderà nella discussione della bozza di cui stiamo parlando? Ci saranno posizioni diverse a seconda della Regione di appartenenza? Ad esempio, le Regioni del centro-nord già fanno i conti con una diminuzione del numero dei medici (talvolta vanno deserte le zone carenti di continuità assistenziale), mentre da noi in Campania (ed altre Regioni del sud), facciamo ancora i conti con la pleora medica. La nuova bozza di ACN prevede la possibilità di una diversa configurazione professionale nelle contrattazioni regionali?

A queste e a numerose altre domande bisognerebbe dare delle risposte, sarebbe auspicabile un contributo sereno e costruttivo da parte di tutti noi. Staremo a vedere.

S. Maria C.V., 14/06/2016

Dott. Antonio Merola

Segretario Organizzativo SNAMI Caserta