

**NOTA DI AGGIORNAMENTO  
ALL'ATTO DI INDIRIZZO PER LA MEDICINA CONVENZIONATA  
2014-2016**

**Premessa**

L'atto di indirizzo deliberato dal Comitato di Settore nel 2014, ed integrato nel 2016, aveva indicato la necessità di orientare il confronto con le OOSS della medicina convenzionata verso modelli organizzativi ed assistenziali innovativi. Si ritiene necessario, anche alla luce sia dei contenuti delle leggi di stabilità che delle indicazioni contenute in diversi atti normativi e documenti di programmazione (Patto Salute 2014-2016, DM 70/2015, Piano Nazionale Cronicità, PNPV, Accordo Stato-Regioni 24 novembre 2016 su numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117, nuovi Lea – DPCM 12 gennaio 2017, Legge 24/2017) che stanno modificando significativamente il contesto di riferimento, fornire a SISAC ulteriori indicazioni per le trattative con le OOSS dei medici convenzionati. Occorre fornire ulteriori indicazioni per la promozione di modelli di assistenza effettivamente evolutivi rispetto a quelli proposti sino ad ora, promuovendo una visione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, ben integrati nei modelli organizzativi regionali con la finalità di supportare le innovazioni organizzativo-assistenziali già in corso in diverse regioni.

È inoltre necessario che la definizione dei nuovi AACCN tenga in considerazione, oltre che le indicazioni normative, anche l'evoluzione degli scenari della demografia professionale, dell'epidemiologia, del mutato contesto professionale.

I nuovi ACN dei medici convenzionati (MMG e PLS) dovranno quindi essere di supporto all'innovazione organizzativa in corso nel paese, nel rispetto della programmazione delle singole regioni.

Gli aspetti prioritari da sviluppare all'interno dell'ACN dovranno riguardare:

- **Attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC)**

Il **Piano Nazionale della Cronicità** identifica le cure primarie quale ambito privilegiato per valutare i bisogni della popolazione e presidiare i percorsi dei pazienti cronici, orienta verso un'offerta proattiva e personalizzata di servizi sanitari e sociali, valorizza la relazione con le risorse della comunità (a cominciare dal volontariato), indica la gestione integrata quale strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti in termini di efficacia degli interventi, di efficienza delle cure, di salute e di qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata. È necessario che il ruolo di coordinamento dell'attività clinica – salvo specifiche condizioni, che per complessità clinica ed assistenziale, richiedono altri ambiti assistenziali e il coordinamento dello specialista – nella presa in carico delle persone affette da patologie croniche, con **specifiche responsabilità sulla stesura dei PAI e dei Piani di Cura Personalizzati**, sia inserito tra i compiti propri del Medico di Medicina Generale.

- **Attuazione Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019**

La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio.

È necessario promuovere ulteriormente il ruolo della medicina generale e della pediatria di libera scelta nella prevenzione e promozione della salute (corretti stili di vita, campagne vaccinali e campagne di screening delle principali patologie neoplastiche). Relativamente alle campagne vaccinali, si ritiene **opportuno far rientrare l'attività vaccinale** (intesa come effettuazione della prestazione) **all'interno dei compiti del medico**, in raccordo con i servizi vaccinali delle strutture aziendali, prevedendo una remunerazione legata al risultato (copertura vaccinale) uscendo dal modello della remunerazione a prestazione.

- **Il Governo delle liste di attesa e appropriatezza**

Deve essere prevista specificamente la partecipazione dei medici di medicina generale e dei PLS ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up, nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti (DPCM 12 gennaio 2017 - Nuovi LEA, Piano Nazionale Liste di Attesa - PNGLA).

- **Il contrasto agli accessi impropri ai servizi di Pronto Soccorso**

Occorre prevedere che a livello regionale si realizzino modelli che facilitano l'integrazione dei medici di cure primarie, operanti nelle nuove forme organizzative e in presidi che le regioni stanno sempre più strutturando per l'erogazione e il coordinamento dell'Assistenza Primaria, realizzi un modello assistenziale di facile accessibilità che garantisca la continuità dell'assistenza, assicurando a livello territoriale le competenze necessarie, per evitare l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cronicità, promuovendo il coordinamento dei MMG e PLS e sfruttando le potenzialità delle future centrali operative **116117**.

- **Il tema del turn-over dei medici convenzionati**

Il ricambio generazionale dei MMG rappresenterà nei prossimi anni un tema particolarmente critico. Si stima, infatti, che **entro il 2026 il 60% degli attuali medici di medicina generale sarà in pensione per raggiunto limite di età (massimo 70 anni)**.

Occorre potenziare il ruolo della programmazione regionale nella definizione dei fabbisogni, in termini sia di rapporto ottimale che di massimale di scelte, e prevedere un incremento del numero

massimo di assistiti in carico ad ogni MMG in presenza di modelli organizzativi multi professionali e ben strutturati, dove i MMG hanno a disposizione personale e strumenti.

Occorre inoltre considerare strumenti convenzionali per agevolare l'inserimento nelle graduatorie regionali e l'accesso dei giovani medici anche in quegli ambiti territoriali carenti che per caratteristiche oro-geografiche risultano da anni privi di copertura: per esempio, incentivazioni economiche e agevolazioni logistiche (gratuità dello studio, apertura dello studio presso una UCCP).

- **Legge 8 marzo 2017, n. 24**

I nuovi AACCN dovranno tenere conto della legge 24/2017, *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, in tema di copertura assicurativa e gestione del rischio.

- **Ruolo Unico**

L'analisi delle dotazioni di MMG e MCA nelle singole regioni, mostra un'importante variabilità nel numero dei professionisti. Questa variabilità, sommata al tema della demografia professionale e ai modelli organizzativi che si stanno sviluppando nei sistemi sanitari regionali, suggeriscono che l'implementazione del ruolo unico debba potersi attuare nell'ambito dei differenti modelli organizzativi regionali.

- **Fondo per la remunerazione dei fattori produttivi**

Il fondo di remunerazione dei fattori produttivi, dovrà essere di livello aziendale e non di AFT. Anche per una più agevole gestione amministrativa.

- **Ristrutturazione del compenso e meccanismi di premialità sui risultati**

Occorre prevedere che una parte significativa del compenso (almeno il 30%), così come suggerito anche da esperienze internazionali e dai documenti della Commissione Europea, sia assegnata sulla base di meccanismi premiali legati al monitoraggio e valutazione dei livelli di servizio offerti ai cittadini e qualità dell'assistenza (per esempio, modalità di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, appropriatezza prescrittiva, accesso al Pronto Soccorso, copertura vaccinale...), superando il più possibile il pagamento a prestazione.

- **Risorse Economiche a Disposizione**

Le recenti disposizioni in materia di bilancio dello Stato (Legge di bilancio 2016 e DPCM 27 febbraio 2017) hanno individuato le risorse per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018 del personale dipendente e stabilito che le disposizioni si applicano anche al personale convenzionato con il SSN (allegata nota interpretativa). Questo permette di disporre di una quota di risorse da destinare al

finanziamento del rinnovo contrattuale. I nuovi ACN dovranno prevedere l'utilizzo di tali risorse all'interno di meccanismi di premialità a risultato, sugli obiettivi prioritari definiti dalle indicazioni nazionali (PNC, PNPV, nuovi LEA).

Roma, 27 luglio 2017

Risorse per il rinnovo della medicina convenzionata
---

**La legge 208/2015 (Legge di stabilità per il 2016)** stabilisce, al comma 469, che per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018 nonché quelli derivanti dalla corresponsione dei miglioramenti economici al personale sono posti a carico dei rispettivi bilanci.

Stabilisce inoltre che con DPCM su proposta del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono fissati i criteri di determinazione dei predetti oneri.

Il comma 470 recita testualmente “Le disposizioni recate dal comma 469 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale”.

Il DPCM 18 aprile 2016 “Criteri di determinazione degli oneri per i rinnovi contrattuali, ai sensi dell’art. 1, comma 469, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016)” ha definito nello 0,4% del “monte salari” l’onere per la contrattazione collettiva nazionale 2016-2017-2018 da porre a carico dei bilanci delle amministrazioni diverse dall’amministrazione statale.

In sede di verifica degli equilibri di bilancio delle regioni – parte sanità – al IV trimestre 2016 il MEF ha fornito alle Regioni l’algoritmo di calcolo per la quantificazione degli accantonamenti da operare, per il personale dipendente e per il personale convenzionato.

Il comma 367 della **Legge 232/2016 (Legge di bilancio 2017)** demanda ad un successivo DPCM, previsto dal comma 365, l’aggiornamento dei criteri di determinazione degli oneri contrattuali di cui al DPCM 18 aprile 2016.

Il DPCM 27 febbraio 2017 ha rideterminato i valori di riferimento per la contrattazione collettiva nazionale del personale dipendente nello 0,36%, nell’1,09% e nell’1,45% del “monte salari”, al netto della spesa per indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti al decorrere dall’anno 2010, maggiorato degli oneri previdenziali e dell’IRAP.

Il comma 412 della legge 232/2016 recita testualmente “Ai fini della copertura degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale, come determinati a seguito dell’aggiornamento dei criteri di cui al comma 367, è vincolata, a decorrere dalla data di adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 365, una quota del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi del comma 392”.

Si ritiene pertanto che le nuove percentuali di cui al DPCM 27 febbraio 2017 siano la base di riferimento, oltre che dei rinnovi contrattuali del personale dipendente, anche dei rinnovi delle convenzioni. Il MEF ha infatti richiesto alle regioni accantonamenti per “rinnovo convenzioni” nella misura prevista dal DPCM 27 febbraio 2017.

Sempre il MEF, in sede di verifica degli adempimenti annuali, controlla che le regioni abbiano costituito l'accantonamento per rinnovo convenzioni, ai sensi dell'articolo 9 del DL 30 settembre 2005, n.203.

Allo stato attuale i fondi accantonati a livello regionale (o delle aziende sanitarie regionali) dovrebbero comprendere una somma pari allo 0,75% del costo da modello CE 2010, per 5 annualità (2011-2012-2013-2014-2015); per il 2016 allo 0.75% del costo CE 2010 si è aggiunto un accantonamento a base di riferimento costo CE 2015 aggiornato con +0,75%, cui è stato applicato lo 0.36%.

Per il 2010 viene conservato un accantonamento, basato su percentuali da controllare (0,5077).