Punti salienti per la convenzione di medicina generale: proposte della sezione di Palermo

1. Stato giuridico del MMG

Tale punto deve essere considerato di primaria importanza.

Non può essere considerata la condizione di para subordinazione ma quella di libero professionista convenzionato con uguali diritti e doveri con l’Azienda. Ogni volta che viene promulgata una legge, decreto, DPCM che incide direttamente o indirettamente sulla convenzione automaticamente deve essere riaperto il tavolo delle trattative perché la norma sia “assorbita” dalla convenzione .

1. Garantire la massa finanziaria al 2010 sia a livello nazionale che regionale come base negoziale. (trovare istituti la cui realizzazione dipende solo dal MMG)
2. Considerando che il 50% o più dei MMG vanno in pensione nei prossimi 6 anni, e visto il trend in essere con abbassamento dell’età media dei pensionamenti o cessazioni oggi a 68 anni, è fondamentale mantenere il numero dei MMG (AP e CA) in convenzione tutelandolo da ogni tentativo di abbassarlo a vantaggio delle altre professioni sanitarie.

E’ a tutti noto che la qualità dell’assistenza è direttamente proporzionale allo sviluppo delle cure primarie e ciò indipendentemente dal tipo di assistenza erogata (dipendenza, convenzionamento a quota capitaria o a prestazione) e che tale qualità assistenziale la si raggiunge con un finanziamento più basso rispetto al PIL sempre in relazione allo sviluppo delle Cure Primarie.

1. In questo senso deve essere previsto un aumento del contingente dei medici in formazione dal 100 al 130% nei prossimi dieci anni fin da subito. Tale dato viene da uno studio fatto sulle graduatorie regionali di alcune regioni al netto dei fuori regione, dei pensionandi presenti in graduatoria ecc.

Ciò è possibile grazie al saldo positivo di oltre 2000 medici fra il numero di medici che si laureano ogni anno e a quelli che entrano nelle scuole di specializzazione. In altri termini si assiste al paradosso che si spendono oltre 350.000 € per laureare un medico (costi sociali) oltre ai costi familiari. E poi lo si regala all’estero con un fiocco rosso e si discute se finanziare ulteriormente la borsa di studio del CFSMG (30.000 € in tre anni). Questa condizione faciliterà l’arrivo di medici che possono trasferirsi da paesi dell’est europeo o da altri paesi come già sta avvenendo anche grazie al riconoscimento da parte del MinSal di corsi di 1 anno fatti nei paesi di origine.

1. Rendere omogeneo il rapporto ottimale su base nazionale per una più efficiente programmazione del fabbisogno sanitario.
2. Prevedere una parte anche minima della remunerazione valutata su indicatori di struttura e di processo. In particolare sarebbe strategico individuare indicatori rispetto alla qualità dei dati inseriti nella cartella clinica che pur restando un strumento ad uso del medico, del SSN e dei pazienti può essere valorizzata se risponde a certi requisiti al momento della cessione del medico: insomma non fare volatilizzare decenni di lavoro del medico.
3. Inoltre una parte della remunerazione deve essere legata alla complessità e del peso assistenziale del cittadino assistito o come quota capitaria crescente o come riduzione del numero di massimale in funzione del carico assistenziale.
4. Sul ruolo unico prevedere un tempo massimo di anni due perché sia a regime e ciò sempre per consentire la copertura dei pensionamenti, la migliore parametrazione e omogeneizzazione delle AFT e dei fattori di produzione. Nel passaggio dalla condizione di ciclo orario a ciclo fiduciario e viceversa prevedere per una migliore applicabilità e flessibilità del sistema il transito sia nella cessione che nell’acquisizione di blocchi di sei/quattro ore. La rinuncia al transito dal un ciclo all’altro non può essere definitiva ma il MMG può partecipare alla assegnazione in caso di nuova carenza nell’ambito e ciò anche in considerazione del processo di cambiamento in atto e della relativa incertezza.
5. La consistenza numerica delle AFT all’articolo 5 viene fissata in 30.000 abitanti ma non viene fissato un limite massimo nelle aree ad alta densità abitativa dove invece viene affermato che può sforare (fino a quanto?). Per quanto riguarda il passaggio dall’H24 all’H16 e il numero dei presidi già esistenti di GM nel territorio della AFT deve essere prevista ampia flessibilità organizzativa relativa anche alla dispersione orogeografica della popolazione residente.
6. Si è convinti che l’ossatura principale degli accordi regionali che seguiranno debba essere prevista dal Sindacato almeno per i punti irrinunciabili oltre alla verifica vincolante della segreteria nazionale prima della firma definitiva.
7. Bisogna mantenere l'attuale attribuzione di punteggio per stilare le graduatorie regionali di Medicina Generale, attualmente i MMG non hanno concorrenti, essendo il Diploma di Formazione Specifica assieme all'equipollenza (laureati ed abilitati entro il 31/12/1994) l'unico titolo valido per l'accesso alle graduatorie regionali, anche se le Regioni stanno facendo di tutto perché non sia più così in futuro. E' Preoccupante l'aumento di valore di titoli e punteggio che vengono attributi a chi è in possesso di specializzazione, che in alcuni casi avrebbero come valore più della metà del punteggio attribuito al DFSMG.

Concludendo

Per le criticità fin qui espresse e per la congiuntura economica in essere e la instabilità del Paese, storica e attuale, grazie anche agli effetti della Brexit ancora non prevedibili nella loro totalità e complessità, si è convinti che fatte salve le principali clausole di salvaguardia il contratto debba essere firmato nel più breve tempo possibile anche in considerazione della ulteriore instabilità che potrebbe realizzarsi nei mesi successivi in caso di bocciatura del referendum.

Roma, 09.07.2016