

Sindacato dei Medici Italiani

Sezione Lazio

Via Merulana 272 - Tel. e Fax: 06/4826742 - 064746344 - Fax: 06/4871092 www.smilazio.org ;smi-lazio@alice.it

Audizione Commissione Sanità Regione Lazio

Roma, 3 Giugno 2008

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA : DGR 1057/2007 DGR 232/08 E DETERMINA DI APPLICAZIONE (versione del 28.5.08)

In relazione ai succitati provvedimenti inerenti il Piano di Rientro (DGR 27.2.2007 n° 124) , Lo scri vente Sindacato SMI – Sindacato Medici Italiani- Regione Lazio, sottopone le seguenti strategie operative:

Revisione completa , nella forma e nella sostanza, del testo sia delle due successive Delibere di Giunta Regionale (N° 1057/07 et successiva DGR 232/08), sia della Proposta di Determina di applicazione DGR 232/08 (versione del 20 e 28 maggio 2008).

Sostituire la Determina con circolare che chieda ai medici di cominciare volontariamente e laddove sussistano le condizioni cliniche ,le nuove terapie con farmaci equivalenti o genericati(considerando che entro il 2009 saranno immessi in commercio circa trenta farmaci genericati (e questo in modo fisiologicamente si creerà un abbattimento della spesa farmaceutica) ,mantenendo le terapie già in atto e di comprovata efficacia clinico-terapeutica.

Ripensamento da parte dell' Assessorato e di questa Commissione della azione di politica sanitaria in tema di farmaco economia , in considerazione della comprovata mancanza di efficacia di tali provvedimenti, come risultante dal giudizio del MEF.

Disponibilità a progetti di implementazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva e diagnostica, attraverso strumenti di lavoro premianti e gratificanti il Medico di Medicina Generale (Progetto S.AP.E.RE.), all' interno del quale andare a rilevare l' efficacia degli interventi messi in atto, in relazione a dati di esito, outcome di efficacia clinica e anche dati di risparmio di spesa sanitaria ma non solo farmaceutica, bensì anche di diagnostica di secondo livello e di ospedalizzazione.

In subordine, e in relazione al preciso mandato ricevuto dalla categoria, che in noi si riconosce, e che ha indotto il sindacato a proclamare lo Stato di Agitazione, chiediamo:

- Abolizione del cosiddetto: "CODICE DI VALORIZZAZIONE" in forma di letterina da apporre sulla ricetta, così come individuato nella DGR 232;

- Accorpamento dei codici BCD in un'unica categoria di qualificazione dell' atto medico (ad esempio **"I"**) con esclusione dell' aggettivo "Documentato" , relativamente alle situazioni di << Inefficacia, Interazione, Intolleranza ad almeno un farmaco>> . Ciò poiché la dicitura "Documentata" presuppone una serie di accertamenti diagnostici e clinici che presupporrebbero un consenso scientifico e di EBM , che non è disponibile, mentre la dizione "Farmaci", espressa al plurale, presuppone la possibilità della verifica della Non Intolleranza-Efficacia-Allergia, con tutti i farmaci a brevetto scaduto.
- Prevedere l' esclusione automatica dal provvedimento dei farmaci qualora vengano prescritti per "Indicazioni e/o avvertenze specifiche della molecola e profilo di sicurezza del farmaco" , senza ulteriori apposizioni in ricetta, ma con segnalazione del medico nel proprio diario clinico;
- Modifica del punto 2) della determina come segue:
 1. comma **a)** : Ad esclusiva valutazione dei dati di flussi di spesa, dovranno essere eventualmente valutate TUTTE le prescrizioni effettuate, trattandosi di adesione volontaria e gratuita ad un sistema di cosiddetta "valorizzazione", ed al fine di non incentivare comportamenti irregolari (apposizione irregolare di "letterine" per tenersi fuori dai controlli)
 2. comma **b)** la frase : "eventuali irregolarità riscontrate" deve essere modificata non ravvedendosi la correlazione con l' eventuale comportamento virtuoso.
 3. Comma **C)** Il riferimento a successive sanzioni deve essere opportunamente modificato poiché , si tratta di adesione volontaria e la volontarietà non può prevedere sanzioni per i non aderenti, né rientra nei poteri propri della funzione del Direttore Generale, il quale non può "erogare sanzioni".
- Deve essere inoltre specificato che un eventuale danno erariale andrà valutato solo in relazione alle violazioni di legge (scheda tecnica e note AIFA) e che tale valutazione non rientra tra le competenze delle CAPD.
- Il lavoro delle Commissioni Appropriatazza deve essere focalizzato sulla "appropriatezza clinico-farmacologica" e non su elaborazioni ragionieristiche di risparmio di spesa.
- La Regione deve garantire la distribuzione a tutti i medici prescrittori di un prontuario specifico dei farmaci compresi in delibera, comprensivi di nomi commerciali e principi attivi.

Applicazione Art. 19 AANN

Lo scrivente sindacato, in relazione alle richieste inviate dalle Aziende ASL ai colleghi rientranti nel disposto di cui all'Art. 19 in oggetto,

PREMESSO che tale disposto non tiene conto del fatto che gli incarichi di assistenza primaria sono stati assegnati negli ultimi venti (20) anni , nella regione Lazio, sulla base di un rapporto ottimale pari a 1: 700 (1:1000 per i medici di assistenza primaria e di 1:500 per i medici di continuità assistenziale ex guardia medica a tempo indeterminato);

Premesso che, ciò stante, è stato inserito un numero di medici a tempo indeterminato di assistenza primaria incongruo rispetto al rapporto ottimale previsto dalle normative che si sono susseguite (1:1000);

Premesso che il contratto in essere è scaduto il 31/12/2005 , ed è quindi in regime prorogatio sino alla stipula del prossimo A.C.N;

Premesso che trattasi di articolo di AANN dalla cui applicazione non scaturisce alcun beneficio per la Regione Lazio, né sotto il profilo economico né dal punto di vista del cittadino /paziente il quale, invece, si vedrebbe costretto ad improvviso obbligo di nuova scelta del medico, con tutte le conseguenze sia dal punto di vista personale e soggettivo, sia dal punto di vista della continuità di cura, derivandone da ciò, con sicurezza, un impennata nella diagnostica di prima e secondo livello, connessa con la dovuta acquisizione dei quadri clinici relativi alle migliaia di cittadini costretti alla MOBILITA' tra un medico ed un altro.

Sottolinea la necessità di considerare la questione del rapporto ottimale incongruo quale "MOTIVO OGGETTIVO" indipendente dalla volontà del medico, per cui i medici di assistenza primaria non sono riusciti, ad oggi, ad acquisire il numero minimo di scelte individuato dall'articolo in oggetto nell'arco dei 3 anni.

Si ricorda altresì, che gli elenchi assistiti di ciascun medico sono ancora sub iudice, per cui riteniamo doveroso evitare procedimenti in base a dati non ancora accertati in via definitiva.

AUSPICA che la regione Lazio, per i motivi di cui sopra, voglia procrastinare l' applicazione del disposto di cui sopra, , come avvenuto nei precedenti A.C.N., **SOPRASSEDENDO** ad ogni ulteriore azione tesa a penalizzare dei professionisti sulla base di responsabilità oggettivamente non ascrivibili a loro, bensì ad un sistema di computo delle carenze risultato penalizzante per il medico assegnatario di rapporto a tempo indeterminato.

Centrale Operativa di Continuità' Assistenziale

Lo scrivente sindacato SMI – Sindacato Medici Italiani Regione Lazio , in relazione alla Centrale OPERATIVA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE pone i seguenti obiettivi:

Chiede l' apertura di un tavolo di confronto istituzionale per la analisi delle criticità del servizio medesimo;

Ribadisce la centralità del ruolo e delle funzioni del servizio di CENTRALE OPERATIVA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE;

Sottolinea l' esigenza, non più procrastinabile, di ottimizzare il servizio stesso attraverso i seguenti strumenti:

- **Garantire** la continuità dei medici addetti al servizio di CENTRALE OPERATIVA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE,
- **Implementare** le performance professionali dei medici addetti al recepimento delle chiamate;
- **Consentire** un efficace ed efficiente risposta alle esigenze di salute del territorio nell' ottica di una presa in carico H24 delle esigenze di salute non differibili;
- **Armonizzare** le differenti professionalità operanti sul territorio, integrando la risposta alla urgenza soggettiva del cittadino con una adeguata continuità ospedale – territorio- emergenza, nel rispetto dei ruoli e competenze specifiche.

La precarietà del personale medico addetto al servizio di CENTRALE OPERATIVA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE non può ulteriormente essere accettata, né dal Medico incaricato, né dalla Azienda che, al momento, ne coordina e struttura il servizio, L' Azienda ARES 118, scaturendone, da ciò, motivo di criticità e di possibile inadeguatezza della risposta.

A tal fine lo scrivente sindacato propone un protocollo di intesa, per la ottimizzazione del servizio di CENTRALE OPERATIVA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, che si trasmette in allegato alla presente, da realizzarsi entro 30 giorni dalla firma dello stesso, dalla cui attuazione, priva di oneri aggiuntivi per la Azienda ARES 118, e per la Regione Lazio, scaturirà la piena realizzazione della risposta coordinata alle richieste di salute della popolazione, dando soluzione alle molte criticità della gestione h24 delle prestazioni non differibili di salute.

Il protocollo prevede:

1. Conferma in servizio a tempo determinato delle figure professionali addette alla CENTRALE OPERATIVA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE;
2. Realizzazione di un corso di Formazione professionale della durata di 200 ore, condizione indispensabile per l' accesso alle funzioni di medico addetto alla CENTRALE OPERATIVA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE;
3. Tempestiva pubblicazione delle carenze relative alle funzioni di Medico addetto alla CENTRALE OPERATIVA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE;
4. Graduatoria per numero di ore di servizio specifico, anzianità di laurea, tra gli iscritti alla graduatoria di settore (CA)

(Allegato A: progetto Corso di Formazione)

Allegato B: Protocollo ARES- centrale Operativa)

PIANTE ORGANICHE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Lo SMI chiede che venga dato seguito a quanto previsto dall' art 36 A.I.R (ex art 64 A.C.N) in merito all 'applicazione del rapporto ottimale. Si chiede che venga applicato quanto previsto dall'articolo in oggetto e cioè le misure incentivanti qualora entro 12 mesi dalla stipula dell'A.I.R non fosse raggiunta la completezza dell'organico. Si chiede il calcolo delle misure incentivanti come da tabella qui di seguito riportata. Tali incentivi verranno riconosciuti ai medici a partire dal 1 marzo 2007

Fascia di appartenenza	I	II	III	IV	V
N° di medici carenti nel distretto	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25
Incremento quota oraria in Euro	5	7	9	11	15

ARTICOLO 65 A.C.N. MASSIMALI

Premessa:

nella Regione Lazio esiste il rapporto più basso d'Italia tra numero di medici di AP e assistibili tanto che la media di assistiti per medico non supera le 900 unità.

- Considerato inoltre come esistano in virtù della particolare situazione regionale molti medici di A.P. con numero di scelte inferiori a 300.
- considerato come nel calcolo delle zone carenti di AP nella Regione Lazio ai medici di CA non sempre è stato attribuito il valore pari al rapporto ottimale vigente (1:1000) ma un valore inferiore, derivante dall'applicazione del limite di compatibilità di 650, determinando di fatto un errore nell'attribuzione delle zone carenti di AP individuandone in eccesso rispetto alla popolazione assistibile.
- considerato inoltre come sia prevedibile la riduzione del numero dei medici titolari di CA incaricati anche di AP a causa del superamento del limite di 650 assistiti
- considerato come i medici di cui sopra perdendo l'incarico di CA andrebbero a soprasaturare l'offerta di AP abbassando ancor di più il rapporto tra medico e assistiti creando importanti sacche di sottoccupazione medica e di un peggioramento del servizio
- stimata invece nella Regione Lazio una forte carenza di medici di CA che in base al rapporto ottimale dovrebbero essere circa 900 e sono invece soltanto 600
- considerato inoltre che il rapporto ottimale dei medici di CA così come previsto dall'art. 36 dell'AIR presumibilmente non verrà raggiunto in tempi brevi e che è invece prevedibile un depauperamento dell'organico di medici di CA a causa della perdita del doppio incarico
- valutata come criticità regionale dell'applicazione del vigente ACN la situazione dei medici con doppio incarico di CA e AP che al raggiungimento del limite di compatibilità tra i due rapporti convenzionali andrebbero a perderne uno (art. 65 ACN)
- considerando inoltre che l'ACN all'art. 14 comma 9 recita *“Nell'ambito degli accordi regionali possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale”* e che questa condizione ricorra per il caso di specie
- la Sisac ,in data 15 gennaio 2007,su richiesta parere in merito da parte della Regione Lazio in deroga all'art.65 ACN, ha sostanzialmente affermato che era una clausola da inserire in accordo integrativo regionale e perciò prerogativa propria delle regioni
- valutando come l'introduzione di tale regolamentazione non comporti alcun aggravio di spesa per la Regione Lazio ma migliori, a parità di risorse il servizio reso all'utenza.

Alfine di regolamentare la norma del vigente ACN (art.65) relativa all'obbligo di optare per uno dei due rapporti si propone:

“nel caso del raggiungimento di un numero di scelte pari a 650 assistibili, si attua la procedura prevista all'art. 65. All'atto della convocazione si dà

facoltà al medico di poter richiedere il blocco volontario del limite di acquisizione di scelte a 650, in attesa che in sede di revisione di AIR venga inserita la seguente opzione: “abolizione del limite secco delle 650 scelte per la CA e reintroduzione dello scaglionamento progressivo delle scelte corrispondente riduzione oraria di CA”

Rinnovo Accordo Integrativo regionale (AIR) DGR 229/06

1. Piena attuazione del disposto di cui alla Dichiarazione a Verbale n° 1 (utilizzo di Finanziamenti Europei e ministeriali) e monitoraggio dei fondi eventualmente impiegati;
2. Piena attuazione del disposto di cui all' Art. 17 (Audit Clinico), ancora mai applicato, finalizzato alla individuazione di indicatori di appropriatezza clinico- farmacologica, di efficacia e di esito, con la previsione di ulteriori incentivazioni economiche (aggiuntive rispetto alla quota prevista di € 120 ad incontro ed al riconoscimento economico della attività formativa ECM) in relazione al raggiungimento di step scaglionati di efficacia e risultato;
3. Allargamento dell' Audit clinico a tutti i MMG, non solo alle medicine di Gruppo; ancora mai applicato;
4. Piena attuazione all' Art 24 (Scheda di Valutazione dell' Anziano), ancora mai applicato;
5. Adeguamento quote ADP e Nomenclatore e Tariffario PIP con previsione e quantificazione carichi di lavoro derivanti dalle procedure di “Dimissioni Protette” e Presa in carico paziente in Assistenza CAD-ADI, ancora mai applicate;
6. Riapertura Quote Medicina in Rete, Gruppo, Collaboratore di studio, Infermiere di studio;
7. Revisione attività ECM e funzioni e compiti del Centro Regionale di Formazione al fine di garantire trasparenza e pluralismo della Formazione ed Educazione Continua in Medicina;

Arretrati U.C.P.

Persistono pesanti ritardi nella corresponsione del dovuto in relazione al servizio di Unità di Cure primarie;

La realizzazione della rete di UCP con attivazione di orario continuativo H10/die ha comportato esborsi finanziari e previdenziali (segretarie per garantire l' apertura degli studi H10/die, luce, telefono e consumi di studio) ai quali non ha fatto riscontro il dovuto, concordato per tale servizio.

Manifestiamo disponibilità a garantire e migliorare l' offerta prestata, pur in assenza di regolare osservanza contrattuale da parte della Regione Lazio, a fronte di una riapertura negoziale di tale accordo con rivalutazione delle specifiche competenze.

Rappresentatività sindacale , variazione assetti sindacali e Dichiarazione SISAC.

A seguito del pronunciamento SISAC dell' 7 maggio u.s., la stessa struttura interregionale ha dichiarato la piena legittimità del sindacato SMI – Sindacato Medici Italiani a sedere ai tavoli negoziali di rinnovo dell' ACN, comparto Medicina generale in “quanto unica titolare della rappresentatività riferita alle proprie deleghe”, avendo superato (con dato riferito alla rilevazione effettuata alla data del 1 Gennaio 2007) la soglia minima richiesta, pari al 5%.

La SISAC ha espressamente chiarito che: “La problematica inerente la partecipazione delle singole single sindacali a forme associative non coinvolgenti la titolarità delle deleghe espresse... (omissis) non incide direttamente sulla rilevazione della rappresentatività” che rimane in capo alla sigla che ne detiene le deleghe (SMI).

Con la presente, quindi, il sindacato medici italiani SMI-Lazio, presenta formale istanza di “accreditamento” della sigla SMI Sindacato Medici Italiani, ai sensi del disposto di cui all' Art. 22 comma 6 – 10- 11- 12, avendo , per esplicita dichiarazione del segretario Generale SMI, confermato all' organismo deputato alla rilevazione della consistenza associativa, SISAC, la variazione dell' assetto sindacale.

Inoltre, ad ulteriore conferma del dato di riferimento convenzionale, sia l' AANN di categoria del 23 Marzo 2005, sia l' AIR DGR 229/06 risultano essere stati firmati di proprio pugno, dai relativi delegati nazionali SMI , Dottoressa Mirella Triozzi, e regionale SMI, dott. Paolo Marotta.

Quanto sopra, affinché questa Commissione provveda a trasmettere adeguata informazione a tutte le Direzioni Generali ASL Roma e Provincia, al fine di garantire (Art. 22 c.1) :”il più alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali”.

La segreteria regionale SMI –Lazio

Roma 3 Giugno 2008