

LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DAL DPR 502/92 AL 2012

Nel 2012 si compiono 20 anni dall'emanazione della fatidica Riforma Sanitaria prevista dal DPR 502/92, una riforma che ha influenzato in maniera significativa tutta la Sanità Pubblica italiana con notevoli ricadute per la Specialistica Ambulatoriale e l'assistenza territoriale in genere.

Una sintetica storia di questi 20 anni che hanno assistito ad una radicale modifica di prospettiva di sviluppo della Sanità italiana è tratta dal Calendario 2012 che la Segreteria Provinciale di Napoli e quella Regionale della Campania hanno approntato e distribuito a tutti gli iscritti.

La storia della Specialistica ambulatoriale

La storia della Specialistica Ambulatoriale coincide con la storia della Sanità pubblica italiana; essa nasce con le storiche casse mutue, sviluppandosi come specialistica ambulatoriale interna con una delle più importanti riforme della Repubblica Italiana, la Riforma Sanitaria, nota agli addetti ai lavori come "la Riforma 833" del 23 dicembre 1978, quella che ha portato all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale in cui la specialistica ambulatoriale stessa era compresa nell'Articolo 48 specificamente dedicato al personale a rapporto convenzionale.

Fino al 1992 era affermazione comune che gli Specialisti Ambulatoriali fossero una categoria di privilegiati dagli Accordi Nazionali economicamente e normativamente vantaggiosi. Era un'altra epoca, un'epoca in cui nella Sanità si dava tutto a tutti, in cui i medici non avevano alcuna incompatibilità e pertanto tra gli specialisti si annoveravano frequentemente Direttori di Cattedra o di Scuole di Specializzazione o Primari Ospedalieri di fama nazionale ed internazionale che, bisogna ammetterlo, davano prestigio e peso politico alla categoria.

La cancellazione dell'Area

Nel 1992, con l'introduzione delle incompatibilità ai sensi della Legge 412 che provocò la fuga dall'Area dei suddetti Professori e Primari e, con il famigerato Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (riforma sanitaria bis) che prevedeva la cancellazione della Specialistica Ambulatoriale dal Servizio Sanitario Nazionale, gli specialisti ambulatoriali si sono trovati ad affrontare una situazione completamente nuova in cui il problema non era più quello di avere un aumento economico più consistente o una nuova normativa che semplificasse l'attività lavorativa per renderla più moderna ed accessibile al cittadino, bensì di salvare letteralmente il posto di lavoro ed il futuro pensionistico di coloro che non avevano avuto l'opportunità di fuggire verso Ospedali o Cliniche Universitarie. E' stato sicuramente il momento più critico per la Specialistica Ambulatoriale, un momento che ancora oggi quelli che allora erano giovani, quelli che allora cominciavano una carriera professionale piena di aspettative e speranze ricordano con sgomento, non solo perché si rischiava di trovarsi da un giorno all'altro senza lavoro, ma anche perché non si riusciva a comprendere il motivo alla base della scelta di distruggere un modello, quello della medicina specialistica territoriale, che tanto era apprezzata dai cittadini ed osservato con interesse da altri Paesi europei e non.

La manifestazione dei cinquantamila

Il Sindacato nazionale si attivò per affrontare con forza le traversie del momento e già l'anno successivo, con il Decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517 si riuscì ad ottenere che gli Specialisti ambulatoriali in servizio vi rimanessero fino ad "esaurimento". Non fu assolutamente facile: importante fu la partecipazione massiccia e convinta alla storica e mai dimenticata manifestazione dei cinquantamila medici a Roma; la frequentazione quotidiana delle stanze del Ministero della Sanità da parte dei dirigenti nazionali SUMAI; un continuo inseguire funzionari ministeriali tutt'altro che ben disposti; un drammatico confronto al Congresso Nazionale a Fiuggi con l'allora nuovo ministro, ancora purtroppo negativamente influenzato dalle sconsiderate decisioni prese dal suo predecessore.

La Riforma 517 risolse sicuramente il quesito sul futuro lavorativo di coloro che erano in servizio, ma con la famosa espressione "ad esaurimento", che per tanti anni successivi gli specialisti ambulatoriali si sono dovuti portare come un marchio d'infamia in quanto toglieva loro qualsiasi potere contrattuale, si sanciva la morte dell'area specialistica convenzionata.

La riapertura dell'Area

A questo punto l'obiettivo primario e principale del Sindacato nazionale divenne quello di trovare una o più vie percorribili affinché si pervenisse alla riapertura dell'Area, riapertura necessaria perché obiettivamente la Sanità pubblica italiana non poteva fare a meno degli ambulatori specialistici territoriali a disposizione dei cittadini vicino alle proprie abitazioni o ai propri luoghi di lavoro, ambulatori presenti in tutti i quartieri delle grandi città metropolitane così come nei piccoli centri montani o marini, un'assenza che avrebbe portato con il tempo al rischio, più che probabile, di intasare ancora di più le strutture ospedaliere presenti invece solo in alcune aree urbane.

E' innegabile che la riapertura dell'Area, al di là delle considerazioni di politica socio – sanitaria, aveva anche una necessità più egoisticamente di categoria, perché serviva per la salvaguardia del Fondo Ambulatoriale ENPAM, che altrimenti rischiava di finire come quello della convenzionata esterna con pesanti rischi sulle pensioni sia del presente sia del futuro.

Il blocco degli incarichi a tempo indeterminato

Dal 1993 in poi sono stati anni durante i quali si è ricercato, studiato individuato ed indicato a tanti Colleghi strade percorribili, sempre tra le pieghe delle norme di legge, per accedere all'Area della Specialistica bypassando il blocco dell'assunzione a tempo indeterminato voluto dalla riforma:

- attraverso il passaggio dalla Medicina dei Servizi
- attraverso i ricorsi della cosiddetta fascia d) dell'ACN, che interessava Colleghi provenienti sia dalla dipendenza che dalle convenzioni
- attraverso il passaggio dalla Sanità Militare o Marittima o dall'INAIL
- attraverso il rientro di coloro che erano stati costretti ad abbandonare la Specialistica a causa delle sopravvenute incompatibilità
- attraverso il passaggio dalla Medicina Generale

Indispensabile alla riuscita dei tentativi su elencati fu l'impegno affinché mai fosse bloccata la pubblicazione dei turni vacanti e la determinazione a non accettare né la soppressione delle graduatorie provinciali né la stipula di contratti anomali o atipici "ad personam" che si cercava di far decollare in alcune realtà locali contro le norme comunque vigenti.

Il cittadino e la Medicina Territoriale

Nel 1996 fu firmato il DPR 500, uno degli Accordi Collettivi Nazionali all'apparenza più insignificanti ma la cui pubblicazione fu importante perché da un lato confermò l'esistenza della categoria, dall'altro chiarì e chiuse definitivamente la questione del pagamento degli specialisti a prestazione. Infatti alcuni funzionari ministeriali dell'epoca interpretavano come superato il modello di accordo così come era stato impostato fino ad allora e, secondo tale loro interpretazione, anche la Specialistica Ambulatoriale interna andava considerata una convenzione a prestazione cosa che, in realtà, la riforma 502/92 prevedeva solo per eventuali altri nuovi appositi accordi tutti da inventare con finalità tutt'altro che chiare.

In questa maniera si è riusciti, in circa 7 anni, a mantenere invariato il numero degli specialisti ambulatoriali in servizio e si è arrivati al 1999 quando al Ministero della Sanità si resero finalmente conto di quanto fosse importante per il cittadino la Medicina Territoriale.

Ridare dignità alla Specialistica Ambulatoriale

Va ricordato il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000 che, per la prima volta, usciva dalla logica ospedalocentrica che ha sempre caratterizzato la Sanità nazionale e poneva l'attività territoriale quale fondamentale presidio a tutela della salute del cittadino sia per la prevenzione che per la cura delle principali patologie.

Successivamente, con il Decreto legislativo 229/99 (riforma sanitaria ter o riforma Bindi), è stata finalmente ridata dignità alla Specialistica Ambulatoriale non solo restituendole il ruolo che merita nel Servizio Sanitario Nazionale, ma dandole anche una funzione nel coordinamento dell'attività territoriale attraverso la presenza di diritto di un rappresentante negli Uffici di Coordinamento dell'Attività Distrettuale accanto ai medici ed ai pediatri di famiglia.

Il Decreto legislativo 229/99, in parte osteggiato dai medici, soprattutto nella parte dove si voleva ingabbiare la professione medica in schemi rigidi, innegabilmente ha raccolto le istanze che venivano dalla Specialistica Ambulatoriale e ha di fatto parzialmente riaperto l'Area gettando le basi per l'Accordo Collettivo Nazionale 271/2000 che, all'allegato 1, ha istituito la figura dello specialista con incarico a tempo determinato ai sensi del "Protocollo Aggiuntivo".

Il Protocollo Aggiuntivo: un nuovo modello di rapporto di lavoro

Il DPR 271/2000 è stato sicuramente per la Specialistica uno dei più importanti accordi di questo ventennio perché, oltre all'apertura parziale dell'Area attraverso i contratti a tempo determinato, ha consentito allo specialista di sentirsi parte integrante delle Aziende in cui esercita la professione partecipando ai progetti obiettivi delle aziende stesse e condividendone anche i risultati economici mediante percepimento delle incentivazioni. Il Protocollo Aggiuntivo è diventato un modello di rapporto di lavoro con una sua logica nel momento storico in cui è stato introdotto, momento in cui si volevano modificare tutti i rapporti di lavoro nella società ma, a distanza di tempo, ha anche

mostrato le sue lacune perché da un lato non era economicamente conveniente per le Aziende rispetto ad un tradizionale rapporto di lavoro a 38 ore, dall'altro lasciava il professionista insicuro sul suo futuro in quanto non legato all'Azienda se non in maniera temporanea e mercenaria. Il DPR 271/2000 è stato anche quello che per primo ha introdotto il concetto di trattativa regionale.

La trasformazione dei rapporti a tempo determinato

Il tempo determinato andava superato con il consolidamento dei rapporti di lavoro istituiti, anche allo scopo di definire il futuro lavorativo e professionale dei Colleghi entrati in quegli anni. La disponibilità, chiaramente espressa, da parte di esponenti politici del governo dell'epoca ai suggerimenti che venivano dalla dirigenza sindacale, permise di introdurre nella Legge finanziaria 2005 una norma che consentisse finalmente alle Aziende di trasformare i rapporti da tempo determinato in rapporti a tempo indeterminato.

Una chiara disponibilità fu trovata anche dai rappresentanti della SISAC, l'agenzia appositamente istituita per la negoziazione degli accordi di tutti i medici convenzionati, ma anche delle altre professionalità, che consentì la trattativa che ha portato alla stipula con la Conferenza Stato – Regioni dell'ACN del 23 marzo 2005.

Un Accordo totalmente inserito nel nuovo quadro istituzionale che, con la modifica del Titolo V della Costituzione, ha affidato alle Regioni la piena potestà legislativa e regolamentare in materia di salute.

I modelli organizzativi

Con l'Accordo Collettivo Nazionale del 2005, accanto al tradizionale livello di contrattazione nazionale, si è affiancata definitivamente una negoziazione regionale che, partendo dalle reali esigenze regionali e locali, è finalizzata a definire gli obiettivi di salute ed i modelli organizzativi e, quindi, gli strumenti per poterli poi attuare effettivamente a livello aziendale. Con l'articolo 14 della seconda parte dell'Accordo veniva demandata alla trattativa regionale la riorganizzazione e la definizione di importanti istituti quali:

- la flessibilità
- l'organizzazione del lavoro
- i doveri ed i compiti dei professionisti
- i programmi e progetti finalizzati

Non dimentichiamo ancora l'importanza che era stata data a Regioni ed Aziende affinché garantissero, nel rispetto della programmazione regionale, le attività per la formazione continua e, nell'ambito dei programmi regionali ed aziendali, il raggiungimento di obiettivi di qualificazione ed appropriatezza.

La nuova organizzazione del lavoro

Gli Accordi del 2009 prima e del 2010 poi hanno superato l'idea di una Specialistica esclusivamente a prestazione, introducendo una nuova organizzazione di lavoro di tipo orizzontale, comune anche a Psicologi, Biologi, Chimici Ambulatoriali, ai Medici di Medicina Generale, ai Pediatri di libera scelta ed alla Continuità Assistenziale: le Aggregazioni Funzionali Territoriali

(AFT) necessarie per l'integrazione dell'attività dei singoli medici specialisti e delle altre professionalità per il conseguimento degli obiettivi di assistenza, e le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), modelli adattabili a specifici bisogni assistenziali della popolazione che realizzano la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 (h24) e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico del cittadino, in particolare di pazienti cronici, attività comune a tutti i medici convenzionati e territoriali.

Ancora una volta modelli che devono tener conto delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche proprie del territorio ma anche finalizzati a rendere sempre meno necessario e frequente il ricorso improprio ai Pronto Soccorso ospedalieri.

I futuri Accordi Integrativi regionali

Le difficoltà economiche in cui versano molte Regioni italiane costrette a piani di rientro soprattutto in materia sanitaria ed assistenziale hanno di fatto ad oggi (2012) bloccato lo sviluppo degli Accordi Integrativi Regionali (AIR). Gli AIR sono strumenti necessari ad individuare i modelli di assistenza territoriale più efficaci tenendo conto delle caratteristiche demo - geografiche del territorio regionale. Nella loro stesura si dovrà tener conto innanzitutto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per tutti i cittadini, ridurre l'utilizzo improprio dei Pronto Soccorso, limitare il più possibile il ricorso al ricovero ospedaliero (assai più costoso), impiegare tutti gli strumenti necessari al perseguimento degli obiettivi di salute, sviluppare la medicina d'iniziativa e contribuire all'integrazione tra assistenza sanitaria e quella sociale, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare e residenziale, garantire la presa in carico della popolazione affetta da patologie croniche in un'ottica di economicità nella gestione della stessa ma salvaguardando l'efficacia e la qualità delle prestazioni.