

## QUOTA CAPITARIA IN ORE

Dal tavolo tecnico intersindacale (Fiuggi giugno 2008) è stato identificato in 38 ore cliniche il punto di equivalenza delle quote capitarie pari a 1000. Come dire che il rapporto ottimale coincide con 38 ore.

1000 quote = 38 ore

Ricordiamo che l'attuale ACN all'art. 39 comma 5, identifica in 40 ore settimanali l'attività di un medico con 1500 assistiti. Tale quantizzazione, risalente ai primi accordi era menzionata solo per determinare una eventuale limitazione del massimale ai medici che svolgevano altra attività, ed eguagliava le ore del medico di medicina generale a quelle dell'ospedaliero. Circa il numero di ore di apertura dello studio sino all'ACN del 2000 non era precisato in modo dettagliato il numero di ore tant'è che si prevedeva "un congruo numero di ore" nella piena discrezionalità del medico.

Allora, considerato l'obbligo orario di apertura degli studi in rapporto al numero di assistiti (e ancor di più tenuto conto dei medici che passano da 1100 a 980 assistiti e che non possono ridurre per ovvi motivi le ore di apertura dello studio), considerato che la parte pubblica spinge sempre di più a tenere gli studi aperti per un numero maggiore di ore, **cerchiamo di giocare d'anticipo** e piuttosto che mantenere un ibrido, quota capitaria e quota oraria, vediamo di ragionare per spostare tutto in quota oraria senza aggravio per il bilancio dello Stato e senza danno per il medico.

Teniamo presente, come elemento di confronto, che il costo/ora della specialistica interna è di € 26,60 (€ 28,09 dal 01.01.2008). A tale somma vanno aggiunte altre voci per un totale netto mensile, per uno specialista a 38 ore, di circa € 3.200,00.

Ricordiamoci che lo specialista interno gode delle ferie, non paga IRAP, non ha spese gestionali, non ha investimento da sostenere per avvio della professione.

Sappiamo che il MMG, oggi, deve pagare il sostituto per le sostituzioni, che l'IRAP è una spesa considerevole, che le spese mensili sono di circa 2.000,00 €, che i medici in malattia perdono assistiti, che le rogne burocratiche-amministrative spuntano come i funghi (sicurezza, aggiornamenti software, rifiuti, ecc...) e costano in tempo e denaro per il medico e non certo per il SSN. Sappiamo che il born-out non ha prezzo. Non conosco una fornitura di servizio concordata tra le parti e modificata unilateralmente dalla parte richiedente il servizio, nel nostro caso il SSN (note, apposizione esenzioni e conseguenti responsabilità, modifica codici esenzioni, ecc...).

Fatta questa breve premessa provo a seguire un ragionamento per approdare ad una possibile proposta considerate le voci di passaggio alla dipendenza, le voci di insopportabilità del carico burocratico, le voci di **eliminazione della quota capitaria** che condiziona in modo determinante la quotidiana attività professionale del MMG con gravi ricadute sul prestigio e sulla dignità del MMG oltre che sul funzionamento dell'intero sistema.

### **L'ACN prevede una apertura degli studi di MG:**

fino a 500 assistiti → 5 ore a settimana pari a 1 ora al giorno → al mese 22gg. X 1 ora = 22 ore;

fino a 1000 assistiti → 10 ore settimanali pari a 2 ore al giorno → al mese 22gg. X 2 ore = 44 ore;

fino a 1500 assistiti → 15 ore settimanali pari a 3 ore al giorno → al mese 22gg. X 3 ore = 66 ore.

A queste ore occorre aggiungere delle ore di attività non specificatamente codificate dall'ACN:

- le ore per visite domiciliari e sfioramento ore studio quantizzabili secondo la tabella allegata;
- le ore per aggiornamento quantizzabile in 12 ore mensili.

Si ipotizzano ad esempio le seguenti condizioni esplicative:

Medico con:	1000 assist.	1500 assist.	500 assist.
ore apertura studio/mese come da ACN →	44	66	22
ore per visite domiciliari e sfioramento ore studio	44	64	24
ore per aggiornamento professionale	12	12	12
<b>Totale ore mensili</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>58</b>

Proviamo ad individuare il valore economico per ogni ora di attività considerando la ATTUALE QUOTA CAPITARIA prevista all'art. 59 lettera A dell'ACN 2005 e costituita dalle voci: quota forfait, assegno individuale, compenso per >75 anni e <14 anni.

Non si prende in considerazione il fondo di ponderazione qualitativa poiché tale quota individuale è definito da accordi regionali.

- Sommando le attuali voci: quota forfait + assegno individuale + >75 anni e < 14 anni per un medico con oltre 27 anni di laurea e con **1000 assistiti** in carico si ha un totale lordo di € 4.186,00.

Dividendo € 4.186,00 per 100 ore mensili abbiamo il valore lordo per ora di € 41,86.

- Sommando le voci quota forfait + assegno individuale + >75 anni e < 14 anni per un medico con oltre 27 anni di laurea e con **1500 assistiti** in carico si ha un totale lordo di € 5.891,00.

Dividendo € 5.891,00 per 142 ore mensili abbiamo il valore lordo per ora di € 41,48.

- Sommando le voci quota forfait + assegno individuale + >75 anni e < 14 anni per un medico con oltre 27 anni di laurea e con **500 assistiti** in carico si ha un totale lordo di € 2.479,00.

Dividendo € 2.479,00 per 58 ore mensili abbiamo il valore lordo per ora di € 42,74.

Mediando i tre valori  $42,74 + 41,48 + 41,86 = 126,08 / 3 = \mathbf{42,00 \text{ euro / ora}}$  per i medici appartenenti all'attuale fascia di anzianità di laurea > 27 anni. Stessa tecnica di calcolo per le altre fasce.

Le spese mensili (spese di gestione + IRAP) per il MMG corrispondono a circa il 53,5% del lordo.

Dunque se togliamo a € 42,00 il 53,5% pari a € 22,47 il netto/ora sarà di **€ 19,53**.

**Siamo molto vicini al costo-ora dello specialista che è di € 19,16**

La **quota-ora** sarà la parte fissa del compenso economico.

La quota variabile finalizzata continuerà ad essere contrattata come nell'attuale ACN.

Il fondo di ponderazione qualitativa può essere utilizzato, con eventuali adeguati incrementi economici, per sviluppare gli ambulatori dedicati cardine essenziale per **attuare una medicina di iniziativa**, lasciandosi alle spalle la ormai anacronistica medicina d'attesa, valorizzando sia la **prevenzione** che l'**educazione sanitaria**.

Domanda: allora si resta tutti con lo stesso numero di ore per sempre?

Risposta: NO.

Rivedendo il rapporto ottimale da 1:1000 a 1:1300 i medici necessari sul territorio si ridurranno.

Le ore che si libereranno per pensionamento o altro saranno ridistribuite equamente tra coloro che non raggiungono le 100 ore mensili, sino a raggiungere e non superare le 100 ore mensili.

Supponiamo di avere una località con 30 medici ed una popolazione di 30.000, secondo la tabella A, colonna B, la ripartizione di ore sarebbe:

(con rapporto 1:1300 i medici saranno 23):

- 10 medici hanno cadauno 1500 assist. (15.000 assist.) per complessivi(142 ore x 10) = 1420 ore/mese;
- 9 medici hanno cadauno 1000 assist. (9.000 assist.) per complessivi(100 ore x 9) = 900 ore/mese;
- 1 medico ha 800 assistiti (800 assist.) per complessivi 84 ore/mese;
- 7 medici hanno cadauno 600 assist. (4.200 assist.) per complessivi (68ore x 7) = 476 ore/mese;
- 2 medici hanno cadauno 400 assist. (800 assist.) per complessivi (52 ore x 2) = 104 ore/mese.
- 1 medico ha 200 assist. (200 assist.) per complessivi 40 ore/mese

Le ore/mese globali sono 3024.

Cessano il rapporto convenzionale:

- 2 medici con 1500 assist. Si rendono disponibili 284 ore (142 ore x 2 medici);
- 1 medico con 1000 assist. Si rendono disponibili 100 ore (100 ore x 1 medico).

Il totale delle ore ridistribuibili è di 384.

A questo punto abbiamo due possibilità:

1. Si mantiene lo stesso rapporto ottimale 1:1.000; si ridistribuiranno le 384 ore resisi libere .

Perché? Perché anche l'ACN prevede di riporre in un fondo le somme dei medici che vanno in pensione. Quando tutti i medici saranno a quota 100 ore le ore che si renderanno libere non verranno ridistribuite. Questa condizione lascia molta sottoccupazione. Infatti la redistribuzione di ore permette una lentissima progressione ai medici poiché il rapporto ottimale resta invariato.

2. Il rapporto ottimale è di 1:1.300; si ridistribuiranno le 384 ore resisi libere .

Perché? Perché anche l'ACN prevede di riporre in un fondo le somme dei medici che vanno in pensione. Dunque, permettendo ai medici una progressione più veloce si riduce più velocemente la sottoccupazione e si rientra nel nuovo rapporto ottimale.

Il metodo di ripartizione in entrambi i suddetti casi sarà lo stesso. Ecco un **esempio di procedura**.

Si considera il numero di medici sotto quota 100 ore, in questo caso 11 e si divide 384 ore/11= 35 ore da ripartire individualmente. Le differenze in positivo che si determinano verranno ridistribuite. Quindi:

- 1 medico a 84 ore necessita di 16 ore per arrivare a 100; 35 ore - 16 = 19 da redistribuire;
- 7 medici a 68 ore ciascuno necessitano di 224 ore (7 x 32) per arrivare ognuno a 100; 35 ore x 7 = 245 - 224 = 21 ore da redistribuire;
- 2 medici a 52 ore ognuno, necessitano di 96 ore (48 x 2) per arrivare ognuno a 100; 35 ore x 2 = 70 - 96 = -26 ore da integrare;
- 1 medico a 40 ore necessita di 60 ore per arrivare a 100; 35 ore - 60 = -25 ore da integrare.

Quindi  $19 + 21 = 40$  ore da redistribuire nel modo seguente: ai 2 medici con -26 ore da integrare si assegnano 26 ore; restano 14 ore da assegnare al medico con -25 da integrare.

Avremo la nuova situazione con rapporto ottimale passato a 1:1300

- 8 medici hanno cadauno 142 ore x 8 = 1136 ore/mese;
- 8 medici hanno cadauno 100 ore x 9 = 800 ore/mese;
- 1 medico ha 100 ore/mese;
- 7 medici hanno cadauno 100 ore x 7 = 700 ore/mese;
- 2 medici hanno cadauno 100 ore x 2 = 200 ore/mese;
- 1 medico ha 89 ore/mese

Alla prossima cessazione di rapporto convenzionale si utilizzeranno solo le ore necessarie ad integrare il medico con -11 ore.

Se consideriamo di mantenere il rapporto 1:1000

Si considera il numero di medici sotto quota 100 ore, in questo caso 11 + 3 nuovi a reintegro dei pensionamenti: totale 14. Si divide  $384 \text{ ore} (23040 \text{ minuti}) / 14 = 27\text{h } 25 \text{ min.}$  (1645 minuti) da ripartire individualmente. Le differenze in positivo che si determinano verranno redistribuite. Quindi:

- 1 medico a 84 ore necessita di 16 ore per arrivare a 100;  $27\text{h } 25 \text{ min.} - 16\text{h} = 11\text{h } 25 \text{ min.}$  da redistribuire;
- 7 medici a 68 ore ciascuno, necessitano di 224 ore (7 x 32) per arrivare ognuno a 100;  $27\text{h } 25 \text{ min.} \times 7 = 191\text{h } 55 \text{ min} - 224 \text{ h} = - 32\text{h } 05\text{min.}$  da integrare;
- 2 medici a 52 ore ognuno, necessitano di 96 ore (48 x 2) per arrivare ognuno a 100;  $27\text{h } 25 \text{ min.} \times 2 = 54\text{h } 50 \text{ min.} - 96 = - 41\text{h } 10 \text{ min.}$  da integrare;
- 1 medico a 40 ore necessita di 60 ore per arrivare a 100;  $27\text{h } 25 \text{ min.} - 60\text{h} = - 32\text{h } 35 \text{ min.}$  da integrare;
- 3 medici a 0 ore ciascuno necessitano di 300 ore per arrivare ognuno a 100;  $27\text{h } 25 \text{ min.} \times 3 = 82\text{h } 15 \text{ min.} - 300\text{h} = - 217\text{h } 45 \text{ min.}$  da integrare

Quindi occorre integrare - 323h 35 min,.....**si nota la evidente differenza con l'ipotesi di rapporto 1:1.300.**

**L'indennità informatica:** poiché i medici già dall'attuale ACN debbono informatizzarsi può rientrare nel computo della quota oraria.