

Ed è ancora autunno caldo

Come la coda di un tormentone estivo, una canzonetta sempre un po' simile a se stessa, la medicina generale italiana si prepara ad affrontare l'autunno tenendo in sospeso una minaccia di sciopero proclamato constatando che, per l'ennesima volta, prima della pausa estiva dei lavori della politica, si è allontanata nel tempo la firma della nuova convenzione.

Il 18 luglio le organizzazioni sindacali dei Mmg si sono auto-convoocate a Roma per "valutare il comportamento della parte pubblica riguardo al richiesto rinnovo degli accordi nazionali". Chiudere entro il 31 dicembre 2007 l'accordo nazionale, scaduto ormai da due anni, o almeno, rinnovare la parte economica: era stata questa la proposta lanciata nel corso delle riunioni dai tre maggiori sindacati di categoria. E la Fimmg non aveva mancato di segnalare alla 'controparte' l'urgenza del rinnovo, visto che "gli obiettivi individuati nell'accordo del 2005 non hanno determinato i risultati desiderati in modo sufficientemente uniforme sul territorio nazionale", aveva segnalato il segretario **Giacomo Milillo** nel corso dell'incontro, sottolineando che la politica degli incentivi "si è dimostrata troppo lenta e il disagio e la demotivazione per i Mmg sono diventati, a questo punto, insopportabili".

Come ha poi evidenziato il segretario generale dello Snam **Mauro Martini**, subito dopo uno degli incontri estivi al quale hanno partecipato anche **Franco Rossi** e **Simone Cuccia**, il coordinatore e il vice-coordinatore della Sisac, i sindacati avevano accettato di tralasciare nell'immediato le numerose normative strettamente tecniche della convenzione. "Questa soluzione - sottolineava Martini - permette sia a noi che alla controparte pubblica di confrontarci con più decisione sulla parte economica. Una necessità non più prorogabile, vista l'esigenza di adeguare gli stipendi all'inflazione reale". La proposta ribadita dai sindacati era quella di arrivare, come già prospettato più volte, ad una sorta di "accordo-ponte".

Una protesta di mezz'estate

Ma sul tavolo del 18 luglio non era arrivata alcuna risposta in merito: la Conferenza delle Regioni non aveva, e non ha, ancora definito un atto di indirizzo propedeutico all'apertura delle trattative. Condizione, questa, che i sindacati hanno considerato "inaccettabile e quindi hanno ri-proclamato per settembre uno sciopero nazionale, lo stesso 'scongiurato' a luglio. In un comunicato a sigle congiunte i pediatri di Cipe Fimp, insieme ai Mmg di Federazione Medici, Fimmg, Snam e gli specialisti ambulatoriali del Sumai hanno inoltre fatto sapere che questo sarà solo un primo evento cui "seguiranno scioperi a scacchiera in tutte le Regioni italiane".

La risposta delle Regioni

La risposta da parte delle Regioni non si è fatta attendere ed è stata, nel-

lo stile che contraddistingue l'assessore al Bilancio della Lombardia e Presidente del Comitato di settore per la sanità **Romano Colozzi**, molto asciutta, ma molto realistica. Colozzi ricorda che sia nelle audizioni di giugno sia in quelle di luglio sono state avanzate da singole organizzazioni di MG, ma anche collettivamente, richieste di riavviare rapidamente le trattative per la convenzione 2006-2009. Il Comitato, però, giudica "indispensabile", per salvaguardare "l'unitarietà della strategia e del governo del sistema", che la negoziazione si apra contestualmente per tutti gli operatori del Ssn.

Quindi, tradotto in azioni concrete, se rinnovo dovrà esserci succederà quando si potranno mettere in fila tutti i bisogni del settore sanitario, quantificarli, e capire quanto dare a ciascuno e a fronte di quali prestazioni. Si sta lavorando per avere un qua-

Il profilo del nuovo ACN secondo i Mmg

- Rinnovare in tempi brevi l'attuale convenzione senza variare voci e compensi, destinando tutto l'incremento negoziato ad:
 - a) aumentare la contribuzione previdenziale per la pensione di anzianità;
 - b) introdurre la copertura previdenziale dell'invalidità parziale permanente.
- Lasciare per il momento sostanzialmente invariata la normativa dell'attuale ACN, salvo particolari correzioni dei punti che hanno dimostrato difficoltà di applicazione.
- Definire le modalità per favorire la chiusura degli AIR ancora non firmati e non prevederne altri fino alla stipula della successiva convenzione.
- Prevedere nell'accordo la creazione immediata di un tavolo tecnico di lavoro per la scrittura del nuovo ACN.
- Fermo restando l'adeguamento economico del biennio al 31 dicembre 2007, l'accordo negoziato nel 2008 dovrà avere validità giuridica al 31 dicembre 2009 (naturale scadenza quadriennale 1/1/2006-31/12/2009).
- Le risorse destinate al rinnovo si devono definire con gli stessi valori percentuali applicati al monte salari della dirigenza medica, integrati da un ulteriore aumento per una parziale copertura dell'aumento dei costi di beni e servizi (studio, personale, attrezzature, utenze, ecc.)

dro completo "in termini numerici ed economici di dati e informazioni relativi a tutti i comparti". Questo, secondo le Regioni, dovrebbe consentire di recuperare almeno parzialmente "i ritardi accumulati in questi mesi" e che le trattative si concludano nel minor tempo possibile.

■ Quanto valgono i Mmg

Nel frattempo, però, la Sisac non è rimasta a guardare. Per la prima volta, il 5 luglio scorso, dopo molti anni nei quali l'unica fonte disponibile erano le stesse associazioni sindacali, l'organismo di negoziazione interregionale che rappresenta la parte pubblica nella trattativa delle convenzioni, ha reso pubblica la mappa della rappresentatività sindacale tra i comparti della medicina generale, della medicina specialistica ambulatoriale, veterinaria, di altre professionalità e della pediatria di libera scelta al primo gennaio 2006. La rilevazione è esaustiva, perché rappresenta il 100% delle 191 Aziende sanitarie italiane, e l'87.5% delle aziende ospedaliere (84 su 96), mentre la precedente, del 1995, non aveva restituito risposte che dal 70% delle aziende. La Fimmg si conferma al top, portando a casa il 64.6% delle

deleghe, ma Snam, pur al 16.5%, si aggiudica il 30.2% nel Nord-ovest del Paese, mentre Federazione medici, che è all'11.2% a livello nazionale, è al 17.8% al Sud e al 16.3% nelle isole. Segno di una forte caratterizzazione regionale cui la 'devoluzione' della convenzione risulta aver dato, senza dubbio, un forte impulso. È anche chiara la volontà della Sisac di non voler tenere più conto di una pluralità di interlocutori sulla carta, che, a una verifica più stringente, si rivelano a zero quanto a rappresentatività nel Paese. A conti fatti, dunque, sono considerate rappresentative ai fini della contrattazione nazionale da svolgersi nell'anno 2007 per il comparto medicina generale Fimmg, Snam e Federazione Medici aderente a Uil Flp. Per il comparto medicina specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sono ammessi a trattare Sumai e Federazione Medici aderente a Uil Flp, mentre per il comparto pediatria di libera scelta si siederanno al tavolo Fimp e Cipe.

Ma c'è un'altra novità, della quale si dovrà tenere conto quando si cominceranno sul serio a trattare le convenzioni per il 2007, visto che la Sisac ha, contestualmente, messo a disposizione delle aziende i formulari di rileva-

zione per il nuovo anno. Fp Cgil medici è entrata a far parte dell'Intesa sindacale dei medici di medicina generale, che si rafforza come "terzo polo" accanto a Fimmg e Snam. Con l'adesione della sigla confederale diventano quattro i protagonisti dell'intesa presieduta da **Giuseppe Garraffo** di Cisl medici: Cgil, Cisl, Simet e Sumai. "Avvicinandosi i tempi del rinnovo del contratto dei medici convenzionati del Ssn - spiegano in un comunicato - i sindacati stanno predisponendo le piattaforme e le rappresentanze più funzionali per superare la tradizionale frammentazione, per conseguire una maggiore unità d'azione e una più efficace pressione sindacale sulla controparte". I leader che guideranno la nuova aggregazione sono **Massimo Cozza** (Fp Cgil medici), **Mauro Mazzoni** (Simet) e **Roberto Lala** (Sumai). Per la Cgil sarà **Nicola Preiti** a guidare la delegazione nelle trattative con la Sisac.

■ E alla Fnom si lavora per il rilancio del medico

Ma oltre alle legittime *pecunie*, c'è l'innovazione e il rilancio della professione, con al centro l'autonomia e la responsabilità dei professionisti. Lo sot-

tolinea la FNOMCeO, proponendo per metà settembre un workshop che attraverso la costituzione di gruppi di lavoro con sindacati e società scientifiche ragionino su 12 punti, organizzati in cinque maxi-aree tematiche: organizzazione e gestione dei sistemi sanitari, comprese le relazioni con le altre professioni; appropriatezza tecnico-professionale, tradotta in qualità soprattutto per il Ssn; deontologia professionale e grandi temi etici e sociali; rapporti e dialogo costante con le istituzioni; formazione pre e post laurea. Il 18 e il 19 settembre a Roma si scriverà, dunque, una "Carta dell'autonomia e della responsabilità del medico", da presentare a cittadini e istituzioni.

Organizzazione territoriale: eppur si muove...

Se le trattative per la nuova convenzione della MG stagnano a livello nazionale, a livello locale, invece, l'estate è stata marcata da segnali di dialogo e di (piccoli) avanzamenti verso una maggiore comprensione di dove andare per organizzare meglio la medicina generale sul territorio. Innanzitutto, in Toscana, l'assessore per il diritto alla salute **Enrico Rossi** e il segretario regionale della Fimmg **Giuseppe Figlini** hanno sottoscritto un documento che getta le basi per una definizione dei compiti e delle funzioni della Mmg nell'ambito del nuovo Piano Sanitario Regionale che, si legge nell'accordo, "non potrà essere definito senza la collaborazione della medicina generale." "Occorre quindi - continuano Mmg e assessorato - arrivare a un accordo per superare le divergenze sul problema della continuità assistenziale e recuperare così i livelli di collaborazione che hanno caratterizzato il rapporto fra la Regione Toscana e la medicina generale in questi ultimi anni". Ci sono i presupposti, dunque, per superare la tempesta che ha visto imporsi ai Mmg il sabato lavorativo senza alcun preavviso. La Fimmg "si impegna alla formulazione di proposte e progetti da inse-

rrire nel piano sanitario regionale conformi agli obiettivi del Psr ed in particolare una proposta innovativa di qualificazione e valorizzazione della continuità assistenziale rispetto a quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale vigente". La Regione, dal canto suo, "si impegna al reperimento dei finanziamenti e delle risorse di personale necessarie alla realizzazione di tali progetti, valutando la possibilità inoltre di anticipare gli eventuali aumenti economici che saranno definiti dal prossimo accordo nazionale della medicina generale, le cui trattative si impegna a promuovere entro il mese di settembre". Le Aziende sanitarie garantiranno comunque la formazione obbligatoria della medicina generale.

■ Chiarimenti anche in Veneto

Anche in Veneto dai primi d'agosto sembra spirare un'aria migliore. L'assessore alle politiche sanitarie del Veneto, **Francesca Martini**, infatti, ha ricevuto i dirigenti regionali e nazionali della Fimmg, dichiarando di aver considerato l'incontro "un atto non solo dovuto, ma fondamentale, all'insegna del dialogo e della responsabile collaborazione". L'assessore, nei mesi scorsi, aveva imposto l'entrata in vigore, scattata il primo luglio scorso, dei codici di priorità attribuiti dai medici prescrittori (Mmg, specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri), per ridurre i tempi di attesa per le prestazioni erogate dal servizio sanitario regionale. "Nel corso dell'incontro si è deciso di definire modalità e tempi che consentano il superamento di ogni incompienza tra Regione del Veneto e medici di famiglia", ha assicurato l'assessore. Tra i punti su cui ora c'è convergenza, la necessità di adottare criteri di priorità come strategia fondamentale per la gestione delle liste d'attesa, "secondo principi di appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva - spiega l'assessore - Siamo anche d'accordo sul fatto che lavoreremo assieme all'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi. Ho inoltre assunto l'impegno per un'accelerazione della progettualità sulle Unità territoriali assistenza primaria, destinate a essere un filtro moderno

ed efficace nella direzione di rendere ancora più eccellente il sistema sanitario del Veneto".

■ Reggio Emilia: punta sui Nuclei di Cure Primarie

E qualcosa si muove anche a livello aziendale. L'Azienda unità sanitaria locale di Reggio Emilia, tra le prime in Italia, ha siglato con la Fimmg un preaccordo aziendale per il 2007 in applicazione della Air. Al centro del preaccordo, innanzitutto, l'istituzione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), da sviluppare strutturalmente e organizzativamente grazie a risorse specifiche e dotandoli di una sede di riferimento comprensiva di strumenti, personale di supporto dedicato e connettività in rete. Attraverso questo primo passo organizzativo si vuole facilitare l'accesso appropriato dei cittadini alle attività di assistenza primaria, e potenziare in termini "quali e quantitativi" le risposte ai bisogni assistenziali "di base" espressi dal cittadino, operando secondo una modalità assistenziale integrata in grado di assicurare una presa in carico globale del paziente e la continuità di cura ed assistenza nelle varie fasi del bisogno sanitario e sociale. Come secondo obiettivo l'Ausl vuole, insieme ai suoi Mmg, ricercare l'appropriatezza prescrittiva, in sinergia con gli specialisti, quale elemento di qualificazione dell'assistenza primaria. Senza trascurare di realizzare concretamente la comunicazione in rete fra i medici delle cure primarie, i servizi territoriali e quelli ospedalieri. Questi sono gli elementi guida dell'accordo che prevede, tuttavia, l'adesione obbligatoria dei Mmg ai NCP dal punto di vista organizzativo, ma graduale invece dal punto di vista della condivisione delle strutture. Tre i progetti nei quali i Mmg emiliani si troveranno a misurarsi insieme fin da subito: l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per patologie croniche e patologie rilevanti; la garanzia della continuità delle cure ed il potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero; l'assistenza domiciliare programmata, integrata, residenziale e semi-residenziale; le cure palliative ai malati terminali.