

Aspettando l'anno che verrà

Buone notizie per la Convenzione, che sembra più vicina. Ma anche per gli specializzandi in medicina generale esclusi dalle scuole di formazione specifica che potrebbero essere riammessi per un vizio di forma. Si fa più burrascoso, invece, il rapporto medico-paziente. Mentre nuovi accordi tra società scientifiche sembrano annunciare evoluzioni interessanti per un 2008 di "convergenze parallele".

A come ACN

Come nelle migliori tradizioni di Natale quell'accordo nazionale, che sembrava dover essere di là da venire e scatenare ulteriori agitazioni nella MG, invece, miracolosamente, sembra appropinquarsi.

La notizia ancor più prodigiosa è che gli assessori alla Sanità si sono impegnati a chiudere definitivamente le trattative entro il 30

giugno 2008. Comprensibile giubilo delle organizzazioni sindacali di categoria anche perché gli assessori hanno deciso di destinare direttamente in sede di contrattazione nazionale gli aumenti "di cassa", ad accordo avvenuto, che valgono circa un 4.85% per il biennio economico 2006-2007. Salta così, dopo lunghe battaglie, la "sciagurata" idea di spostare una parte di queste risorse in sede di trattativa regionale.

"Lo stralcio della parte economica era il nostro obiettivo - dice soddisfatto **Mauro Martini**, presidente nazionale del sindacato Snami - e questo abbiamo ottenuto. È anche ovvio che è il Governo che adesso deve dare il placet definitivo all'avvio della trattativa, approvando l'atto di indirizzo e trovando le risorse economiche".

Soddisfazione anche dal Consiglio nazionale della Fimmg che non rinuncia a sperare in una negoziazione di "ulteriori risorse economiche". Il sindacato dei Medici Italiani (SMDI), con il vice segretario nazionale **Giuseppe Tortora**, segnala però che restano ancora irrisolti molti nodi, visto che l'Atto di indirizzo non soddisfa pienamente dal punto di vista normativo ed economico. "Lo ripetiamo - ha segnalato Tortora - servono più risorse e più investimenti sulla professionalità dei medici per avviare quella rivoluzione copernicana della sanità pubblica di cui il nostro Paese ha bisogno".

A tal proposito, però, dopo un lungo e aperto confronto, il presidente del Comitato di Settore, **Romano Colozzi**, ha ribadito che l'atto di indirizzo ormai non è modificabile per ragioni di legittimità e di legalità.

Le decisioni degli assessori alla Sanità

Il coordinamento degli assessori alla Sanità delle Regioni e Province autonome - ritenendo indispensabile il rafforzamento del sistema delle cure primarie, anche al fine di migliorare l'integrazione socio-sanitaria, nonché di promuovere il potenziamento progressivo della medicina di iniziativa, il miglioramento dell'uso appropriato delle risorse e il perfezionamento dell'organizzazione della medicina generale, in modo da consentire la piena espressione delle potenzialità assistenziali, la valorizzazione del rapporto di fiducia con l'assistito e la distribuzione funzionale nel territorio - ha convenuto su alcuni punti che riporta in sintesi:

- prende atto dell'approvazione da parte del Comitato di Settore dell'atto di indirizzo per il quadriennio normativo 2006-2009 e per il biennio economico 2006-2007;
- nel dividerne il contenuto, invita il Governo ad assumere con celerità l'atto di indirizzo stesso, garantendone la necessaria copertura finanziaria;
- ravvisa la necessità di avviare in tempi brevi il tavolo negoziale presso la Sisac, procedendo alla necessaria riscrittura degli Acn, regolamentando gli obblighi e le condizioni uniformi di esercizio della medicina generale sul territorio nazionale, in modo che il sistema della medicina generale stessa sia in grado di garantire l'obiettivo di salute nell'ambito dei diversi contesti organizzativi regionali, secondo gli orientamenti e i contenuti specifici dell'atto di indirizzo del Comitato di Settore;
- si impegna a porre in atto tutte le condizioni per una rapida apertura delle trattative per il rinnovo degli Acn;
- si impegna a porre in atto tutte le condizioni per agevolare la chiusura delle trattative entro il 30 giugno 2008, fatte salve le esigenze emergenti dalla libera contrattazione tra le parti;
- riconosce che le risorse disponibili per il rinnovo contrattuale (pari al 4.85%) sono relative al biennio 2006-2007 e saranno corrisposte alla conclusione delle negoziazioni secondo le modalità e nei termini previsti nelle medesime.

C come Censis e crisi medico-paziente

L'istituto di ricerca Censis nel 41° Rapporto sulla situazione sociale del Paese ha rilevato che cresce, da

un lato “il disagio dei medici, che guardano con preoccupazione alle istanze di autonomia decisionale dei pazienti e denunciano spesso una frustrazione per lo svilimento della propria professione”. Quest’ultima, inoltre - aggiunge il Censis - “si mescola a desideri malcelati di fughe all’indietro e alla nostalgia per scenari passati in cui il sapere dell’unico ‘vero’ esperto della salute era indiscutibile”.

I pazienti, dal canto loro, “valutano con crescente preoccupazione l’eventualità di errori sanitari”. Il Censis ricorda infatti che, secondo uno studio pubblicato nel gennaio 2006 da Eurobarometro, “il 97% degli italiani ritiene che gli errori sanitari rappresentino un problema molto o abbastanza importante nel Paese. Un dato particolarmente significativo, specie se confrontato con la media dei 25 Paesi della Ue, pari al 78%”. Un quadro così caratterizzato, conclude il Censis “evidenzia chiaramente la necessità di una riformulazione dei ruoli, nella quale la centralità e l’insostituibilità del sapere del medico devono necessariamente riuscire a declinarsi con il diritto dei pazienti a conoscere e condividere le scelte terapeutiche”.

F come formazione

Nel frattempo l’ECM sembra prendere nuova forma con l’approvazione dell’emendamento alla Finanziaria del 7 dicembre scorso (art. 82-bis “Commissione Nazionale per la formazione continua”) che tra l’altro ribadisce che il sistema nazionale dell’ECM è disciplinato secondo le disposizioni di cui all’Accordo stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 1 agosto 2007 recante il riordino del sistema di formazione continua in medicina.

Gli ultimi aggiornamenti sulla formazione specifica in medicina generale fanno presagire che potrebbe sfilarsi, a sorpresa, dalle incertezze presenti. Secondo al-

cune indiscrezioni diffuse dallo SMI, infatti, almeno una delle domande del test di ingresso al corso 2007/2010 per le scuole di MG potrebbe essere stata formulata male. Se la notizia venisse confermata, verrebbero ripescati coloro i quali, riassegnato il punteggio delle domande invalidate, avessero raggiunto il risultato sufficiente (60/100). “Eliminando la domanda mal formulata - ha spiegato **Pieterino Forfori**, responsabile formazione dello SMI - rientrebbero in gioco i candidati ingiustamente esclusi. Se non fosse sufficiente rimane sempre in campo la nostra proposta di riaprire i bandi nelle Regioni che non hanno coperto tutti i posti disponibili. Questa scelta è stata già fatta dalla provincia autonoma di Trento”.

Lo SMI in questi mesi ha contestato la formulazione dei test di accesso alle scuole di MG e i criteri di selezione, ma ha anche criticato con forza la scelta di molte Regioni di non coprire il fabbisogno programmato di ingressi: alla fine degli esami sono rimasti vacanti circa 200 posti (il 25%).

È da tempo che le organizzazioni sindacali, ma anche alcune Società scientifiche, come per esempio AIMEF, chiedono che si acceleri il processo di adeguamento della formazione specifica in MG ai criteri universitari puntando, tra l’altro, all’introduzione dei crediti formativi, di attività professionalizzanti, del riconoscimento della MG come disciplina universitaria e dunque dell’adeguamento/allineamento economico tra i medici in formazione specialistica e quelli di medicina generale e del riconoscimento dell’attività, non residuale, di insegnamento della medicina generale.

L’auspicio natalizio è che questo episodio costituisca un ulteriore motivo per sedersi attorno a un tavolo e per riaprire un confronto che porti alla riforma di tutto il sistema formativo della medicina generale.

G come Governance

La Governance è un po’ il tema chiave di questa fine d’anno. Soggiace, anche se in chiave minore, nel Ddl collegato alla Finanziaria per l’ammodernamento della medicina del territorio. Rimane un’esigenza prioritaria per i Mmg, come si è avuto modo di rilevare anche dai congressi sindacali e delle società scientifiche della MG.

A supportare ciò arriva proprio l’ultimo rapporto del Censis secondo il quale, nel riequilibrio tra centri di potere (e di spesa/costo) è arrivato il momento di rilanciare il ruolo del governo centrale della sanità, anche se nel rispetto delle autonomie locali definite dal Titolo V della Costituzione, con una “costante concertazione con i livelli locali, una rinnovata vocazione alla trasversalità e alla condivisione delle responsabilità”.

Secondo il Censis, infatti, “dopo oltre un quinquennio di devolution, risultano oggi quanto mai necessari interventi e strumenti mirati a mettere a regime un sistema di governo condiviso tra ministero e Regioni. Il Patto per la Salute rappresenta una delle pietre angolari di questo nuovo equilibrio, a partire dalla gestione economica e finanziaria dei servizi sanitari.

Contestualmente a un adeguamento delle risorse messe a disposizione del Ssn, prevede infatti un assessment della spesa complessiva sulla base di obiettivi concordati con le Regioni, pienamente responsabilizzate dal punto di vista finanziario. E analogamente la gestione dei Piani di rientro rappresenta un esempio concreto degli esiti di questo modello sul nuovo governo della spesa”.

Per arrivare a questi risultati però, afferma il documento, servono “necessariamente strumenti finalizzati alla lettura e il confronto dei dati, e alla costruzione

di standard e di procedure trasferibili e condivisibili”.

In quest’ottica viene promosso il progetto *Mattoni Ssn* che “a partire dalle esperienze delle Regioni, ha posto le basi per una armonizzazione della classificazione dei servizi offerti, e dunque per la realizzazione di un sistema informativo sanitario (Nsis) che sostenga in modo efficace le politiche sanitarie a tutti i livelli”. In aggiunta, “gioca a questo punto un ruolo fondamentale il Siveas cioè il sistema nazionale di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria”.

U come UMG

Il 2007 è stato anche l’anno di confronto nelle categorie, e di dialettica con le istituzioni, per cercare una “comunanza” tra le diverse forme organizzative della medicina generale. In principio era l’associazionismo medico, che, secondo la convenzione vigente, avrebbe dovuto “facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta”, ma anche “perseguire il coordinamento funzionale tra mmg e distretto”. La forma associativa era “libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti” e l’accordo che la costituiva, sulla base dell’art. 54 della convenzione stessa, veniva alla fine depositato presso la Azienda e l’Ordine dei Medici di competenza. Le forme previste erano la medicina in associazione, la medicina in rete, la medicina di gruppo. Ma, a cominciare proprio dalla convenzione nazionale, lentamente si è diffusa l’idea che queste forme dovessero trovare non soltanto una struttura funzionale, ma anche fisica, e l’evoluzione delle differenti esperienze, da organizzative ad infrastrutturali, ha affollato la medicina generale di sigle sempre più sovrapposte e confusive.

Il ministero della Salute, con il collegato alla manovra finanzia-

ria di riammodernamento del Ssn sembra aver voluto scommettere in via prioritaria sulla sperimentazione diffusa delle Unità di Medicina Generale (UMG), una proposta Fimmg che configura l’unità organizzativa elementare, abbastanza compatibile con tutti gli altri modelli strutturali dell’assistenza territoriale già in campo (Utap e tutte le altre forme associative) e assicura un’assistenza di 10/12 ore ambulatoriali e 24 h domiciliari.

Le UMG, secondo la proposta originaria che il ministero vorrebbe però precisare alla luce di un ampio confronto con le categorie, sono costituite indicativamente da 20-25 Mmg (15-20 medici di assistenza primaria e 4-6 a esclusivo o prevalente rapporto orario) che assistono una popolazione di 20-25.000 cittadini (a seconda del contesto orogeografico e della programmazione); 4 infermieri di cui 1 con funzione di coordinamento per le cure domiciliari: ADI, dimissioni protette, attività socio-assistenziali; 1 “Case Manager” che può essere anche di provenienza dal personale socio-assistenziale (personale OSA); 3 unità per la gestione attiva degli archivi dei pazienti finalizzata alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, di cui una per la gestione del rischio clinico e la sorveglianza dei soggetti fragili; 8 collaboratori di studio a tempo pieno o frazionabili (circa 320 ore settimanali di attività).

La UMG è una formula “di compromesso” tra quelle che l’hanno preceduta, che vorrebbe garantire la centralità dei Mmg. Può essere collocata in una sede unica, ma può anche, come sarà necessariamente prevalente, prevedere che i Mmg abbiano la possibilità di esercitare in studi diversi, magari individuando fra di essi uno di riferimento. Le UMG sono prive di personalità giuridica e possono essere supportate da società di servizio.

W come WONCA Italia

“Lavorare sui contenuti, sia nel campo della formazione che della ricerca, evitando di invadere ambiti di natura sindacale o politica che non competono alle società scientifiche”: è questo il mandato che il coordinamento italiano del quale fanno parte tra l’altro AIMEF, CSeRMEG, la sezione di Medicina di Famiglia e di Comunità di ASSIMEFAC, SIQUAS e i gruppi italiani del network di WONCA hanno affidato a Giorgio Visentin e Franco del Zotti, indicati coordinatori del neonato WONCA Italia. Un organismo che vuole dare seguito, a livello nazionale, ai lavori di WONCA, che riunisce i college e le società scientifiche della medicina generale di tutto il mondo e che ha tenuto il suo congresso europeo a Firenze nel 2006. L’organismo neocostituito si dichiara aperto a tutti i professionisti, ma anche alle società scientifiche che vogliono collaborare su progetti condivisi.

Alcuni obiettivi sono già stati individuati: favorire lo scambio di informazioni tra tutti i rappresentanti italiani che aderiscono ai network di WONCA e assumere posizioni comuni in seno all’organismo internazionale; sostenere i giovani medici di famiglia in formazione del gruppo “Giotto”; assumere posizioni comuni che possano orientare i medici nella loro attività quotidiana in merito ad argomenti clinici e professionali rilevanti organizzare eventi congressuali comuni su temi specifici e comuni attività di ricerca. In tempi di grandi coordinamenti della MG tra livelli sindacali e scientifici e, soprattutto, di larghe intese a livello di categorie, WONCA Italia sembra porsi quale interlocutore delle istituzioni e degli organismi scientifici italiani, come a difendere una certa, originaria, “biodiversità” del lavoro scientifico rispetto a quello sindacale “in senso stretto”. Che si arrivi a una nuova stagione di “convergenze parallele”?