

## I rischi di un buon accordo locale

**Il federalismo sanitario, nella sua declinazione contrattuale, sta creando delle vere e proprie disomogeneità tra i Mmg in termini di prestazioni erogate, di organizzazione delle cure e di emolumenti. Il paradosso è che tali disomogeneità si riscontrano anche all'interno della stessa area metropolitana o provinciale, come testimonia l'accordo tra Asl Milano Città e i medici di famiglia.**

**È** noto ormai quasi a tutti i colleghi meneghini il contenuto dell'Accordo raggiunto tra la Asl Milano Città e i Mmg. Sono noti anche i proclami cui è stato dato ampio spazio sulle pagine delle riviste mediche, sui siti internet istituzionali, ma anche sulle prime pagine dei quotidiani per almeno una settimana e oltre. Sono conosciuti soprattutto i termini del riconoscimento economico per una serie di attività soggette a incentivi su base volontaria dei colleghi di Milano città. I nostri più sinceri complimenti ai colleghi sindacalisti, che hanno sa-

puto ottenere consistenti riconoscimenti economici dalla controparte.

Non sono note però le riflessioni e i giudizi che da parte di molti colleghi non appartenenti alla stessa Asl sono fonte di dibattiti e di ricadute sulle altre realtà locali.

Per esempio io che appartengo ad una Asl "virtuosa" e che ho goduto, unitamente ad altri 647 colleghi, della fortuna di avere tra noi la direttrice attuale della Asl di Milano Città per ben 2 anni, mi sono immediatamente creato giuste aspettative e illusioni rispetto alle possibilità future.

### ■ Illusioni e controversie

La prima illusione è stato il fermo convincimento di potere riproporre nei contenuti presso il nostro comitato aziendale le stesse richieste avanzate dai colleghi di Milano città, proprio perché anche in altre Asl viene lamentata la difficoltà di gestione del super affollamento del Pronto soccorso e la necessità di coinvolgere operativamente i Mmg. La seconda illusione è stata la certezza di vedere riconosciute a livello economico, se non proprio le stesse quote, almeno parte degli incentivi altrove ottenuti, in virtù proprio del fatto che finora la nostra Asl ha sempre lavorato bene, risparmiando molto anche grazie al buon operato dei suoi medici di medicina generale.

La terza illusione è consistita nell'idea che ciò fosse garantito da una specie di automatismo, perché se ciò che viene fornito in termini di servizio da un Mmg che opera 5 km

### I punti salienti dell'accordo Asl di Milano Città

Cinque milioni di euro il fondo complessivo stanziato.

#### Area Continuità Assistenziale

Per i Mmg:

Progetto 1: attivazione di ambulatorio c/o sedi distrettuali (inizialmente almeno 1 per distretto) con apertura al sabato mattina (dalle 9.00 alle 12.00) e pomeriggio (dalle 14.00 alle 20.00) e prefestivi, con presenza di 1 Mmg e infermiera. Incentivo: 250 euro per turno di 3 ore.

Progetto 2: apertura al sabato mattina per 3 ore nella sede unica per la medicina di gruppo e per le forme miste e nella sede comune per le forme in rete evoluta che non hanno aderito al fondo B 2007.

Incentivo: 120 euro per sabato.

Progetto 3: disponibilità telefonica del Mmg, anche con personale di supporto, per tre ore al giorno aggiuntive rispetto alle 2 ore previste dall'ACN e all'orario di studio, dal lunedì al venerdì, con fascia oraria definita in accordo con Asl.

Incentivo: 3 euro assistito/anno.

#### Governo clinico in MG

Progetto 1: PDT "Gestione integrata del paziente diabetico tipo 2" con euro 120 per assistito in gestione integrata prevedendo:

- presa in carico del paziente diabetico tipo 2 secondo BDA distrettuali;
- momenti formativi sul PDT;
- adesione indicazioni terapeutiche (farmaci equivalenti);
- adesione indicazioni aziendali per Presidi Diabetici;
- report quadrimestrale monitoraggio attività;
- esenzione 013 (PDT) da parte del Mmg.

#### Screening rischio cardiovascolare

Venti euro per ogni soggetto screenato:

- pulizia della lista della popolazione target;
- somministrazione carta del rischio;
- impegno a trattare gli assistiti secondo linee guida Asl;
- trattamenti non farmacologici e terapia antifumo;

- adesione alle "Linee guida per il corretto uso delle statine".

#### Paziente fragile

Progetto 1: rilascio delle certificazioni di esenzione per patologia per diabete in pazienti non inseriti in PDT diabete (cod. 013) e ipertensione (cod. 031) e solo per i rinnovi delle patologie cod. 027 (tiroide), 002 (cardiopatia ischemica), 021 (scompenso cardiaco) e 007 (asma).

Incentivo: 15 euro per esenzione. Indicatore: elenco nominativo mensile dei pazienti esentati fornito ad Asl.

Progetto 2: monitoraggio TAO mediante valutazione referto PT-INR e corretta informazione agli assistiti circa lo stile di vita e l'alimentazione, anche mediante materiale fornito da Asl.

Ai Mmg aderenti a tale progettualità sarà fornito da Asl software per calcolo INR e sarà inviato da Asl elenco nominativo degli assistiti in TAO. Incentivi: 210 euro annue per paziente.

più a sud da dove opero io, ed è fornito anche dal sottoscritto, il trattamento economico sarà lo stesso.

La quarta illusione risiedeva nella convinzione che l'esperienza della Asl MI Città costituisse una specie di precedente da cui non poter prescindere, un po' come quando in un tribunale l'avvocato cita un precedente giudizio espresso da un'autorità giudiziaria per un procedimento simile e ciò riveste quasi la stessa autorevolezza di un articolo di legge.

La quinta illusione consisteva nel fatto che finalmente si potesse cominciare a trattare di incentivi seri su progetti seri e non su prestazioni difformi gratificate con interventi economici "a pioggia".

Una ad una però queste illusioni sono destinate a cadere perché:

- Pare che i fondi economici si potessero reperire soltanto nella Asl di Milano Città perché per tutti questi anni i colleghi metropolitani hanno evidentemente lavorato al di sotto della soglia di "virtuosismo" che invece ha riguardato i colleghi periferici.
- Nelle altre Asl la situazione patrimoniale, che consente di distribuire concordando con i Mmg gli incentivi, proprio perché virtuose nel passato è meno rosea. Pare infatti che le attribuzioni regionali per gli anni successivi siano fatte partendo da quanto budgettizzato nell'anno precedente: chi è riuscito a spendere meno otterrà meno di chi ha speso di più.
- In sanità, soprattutto in tempi di federalismo, ciò che vale per uno non è detto che valga per molti altri e quindi "divide et impera", ognuno si coltiverà il proprio orticello.
- Il paragone con l'ambito legislativo non regge (precedente che fa da traino per contrattazioni future) e ciò potrebbe diventare un pericolo, se non si pongono paletti rigidi nel prossimo ACN (che potrebbe a questo punto essere inutile rinnovare, considerando le premesse).
- I progetti seri di fatto non vengono presi in considerazione per essere estesi e neanche per rappresentare un gold standard di riferimento.

A chiosa di tutte queste considerazioni, rimane il rammarico e la delusione per il tempo e l'impegno messo in tante occasioni dai colleghi rappresentanti delle organizzazioni sindacali, da tutti i responsabili dei Dipartimenti di Cure Primarie delle varie Asl perché evidentemente lavorare insieme, scontrarsi e superare gli ostacoli collaborando e mediando, progettare insieme e raggiungere obiettivi, non costituisce motivo di gratificazione economica ma, al massimo, solo motivo di gratificazione personale e professionale. Forse chi decide che la sanità deve andare in questo modo dovrebbe fermarsi un attimo e riflettere perché adesso, in una stessa Regione, per realtà Asl confinanti, si rischierà di avere un panorama assistenziale a macchia di leopardo dove il cittadino del condominio vicino, se non addirittura quello della porta accanto, potrebbe avere una sanità qualitativamente e quantitativamente diversa.